

Année 1904

THÈSE

N°

327

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Juillet 1904, à 4 heures

PAR

Albert COTTU

INTERNE EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE DES HÔPITAUX DE PARIS

L'HYSTÉRO-TRAUMATISME CARDIAQUE

PRÉSIDENT : M. DEBOVE, Professeur.

JUGES	{	MM. CHANTEMESSE, Professeur.	{	Agrégés.
		ACHARD,		
		BEZANÇON,		

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 12
(Anciennement 36, rue Serpente)

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

	Doyen.	M. DEBOVE.
	Professeurs.	MM.
Anatomie		POIRIER.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
		BRISAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		BERGER.
Pharmacologie et Matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène.		N....
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale.		CHANTEMESSE
		DEBOVE.
Clinique médicale.		LANDOUZY.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.		GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND.
		TERRIER.
Clinique chirurgicale.		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophtalmologique		LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchement.		PINARD.
		BUDIN.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
	DESGREZ.	LAUNOIS.	RIEFFEL, chef
	DUPRE.	LEGRY.	des trav. anat.
ACHARD.	FAURE.	LEGUEU.	TEISSIER.
AUVRAY.	GILLES DE LA	LEPAGE.	THIERY.
BEZANÇON.	TOURETTE.	MARION.	THIROLOIX.
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA (AUG.).	GOUJET.	MERY.	VAQUEZ.
BROCA (ANDRÉ).	GUIART.	POTOCKI.	WALLICH.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	REMY.	WALTHER.
CUNEO.	JEANSELME.	RENON.	WIDAL.
DEMELIN.	LANGLOIS.	RICHAUD.	WURTZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'HÔPITAL BEAUJON

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

*qui nous a donné l'idée de ce
travail et nous a fait le grand
honneur d'accepter la présidence
de notre thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LANDRIEUX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LARIBOSIÈRE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*que nous prions d'agréer notre
vive reconnaissance pour la bien-
veillance qu'il nous a toujours
témoignée.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

INTERNAT

- 1903-1904 Monsieur le Professeur agrégé PEYROT
 Monsieur le Docteur SOULIGOUX
 CHIRURGIENS DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE
- 1902-1903 Monsieur le Docteur LANDRIEUX
 MÉDECIN DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE
- 1901-1902 Monsieur le Professeur agrégé Aug. BROCA
 CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES
- 1900-1901 Monsieur le Professeur agrégé HUMBERT
 (HOPITAL RICORD)

Nous remercions Monsieur le Professeur PINARD
d'avoir bien voulu nous ouvrir son beau service de Baudeloc-
que à la fin de notre Internat. (Stage d'accouchement).

EXTERNAT

- 1899-1900 Monsieur le Professeur agrégé Aug. BROCA
- 1898-1899 Monsieur le Professeur DEBOVE
- 1897-1898 Monsieur le Docteur LANDRIEUX
 Monsieur le Docteur BEURNIER

A la mémoire de Monsieur le Professeur agrégé HANOT
A Monsieur le Professeur FARABEUF

qui pendant deux ans nous a accueilli
dans son laboratoire.

A

MM. QUÉNU, LETULLE, SEVESTRE, JOSIAS,
MAUCLAIRE, JEANSELME, MORESTIN,
COURTOIS-SUFFIT, RICHE, LAPOINTE, MOUCHET

A Monsieur le Docteur SAINTON

CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE

INTRODUCTION

L'hystéro-traumatisme en général est une affection des plus connues, et nombreux sont les travaux consacrés à son étude.

Mais il est un point particulier qui, malgré son intérêt capital, n'a pas encore fait l'objet d'une étude spéciale: nous voulons parler des névroses cardiaques d'origine traumatique, dont la cause, comme le prouvent nos observations et en particulier les observations 1 et 2, peut être manifestement d'origine hystérique. Monsieur le professeur Debove, qui avait vu tout l'intérêt d'une semblable conception, après avoir fait sur ce sujet, deux leçons cliniques et créé le pouls lent permanent, d'origine hystéro-traumatique, a appelé notre attention sur ce point.

Cette étude présente un double intérêt symptomatique et médico-légal (accidents du travail).

Nous nous occuperons donc des névroses cardiaques d'origine traumatique et nous prouverons, par leur coïncidence avec les stigmates hystériques, naissant en même temps qu'eux d'un accident, qu'elles ne sont souvent que les manifestations de l'hystérie cardiaque;

nous montrerons aussi que le traumatisme physique et le traumatisme psychique isolés ou associés peuvent déterminer dans ces cas l'hystérie seule ou associée à la neurasthénie.

Nous n'avons trouvé dans toute la littérature médicale aucune étude d'ensemble sur l'hystéro-traumatisme cardiaque; notre travail est donc le premier qui ait été consacré à ce sujet.

HISTORIQUE

Nous ne ferons pas ici l'histoire complète de l'hystéro-traumatisme en général, mais il nous paraît nécessaire de rappeler les principaux points de cet historique pour montrer que la notion de l'existence de la forme cardiaque est de date très récente.

C'est en Angleterre et en Amérique qu'on décrivit d'abord sous le nom de railway-spine et de railway-brain les troubles nerveux consécutifs aux accidents de chemin de fer.

Erichsen, après une étude minutieuse, conclut que ces accidents sont sous la dépendance de troubles médullaires, d'où le nom de Railway-spine, qu'il leur donna. Pour lui, s'il existe des phénomènes cérébraux, c'est que l'inflammation s'étend aux méninges. Cependant quelques auteurs, Page en particulier, pensant que le cerveau participait autant que la moelle à cette symptomatologie, associèrent le nom de Railway-brain à celui de Railway-spine.

On admit pendant longtemps, jusqu'en 1879 même, cette conception qu'on retrouve dans le *Traité des maladies de la moelle* de Leyden : les traumatismes,

en particulier, les accidents de chemin de fer, causent des lésions médullaires et cérébrales qui se manifestent par un certain nombre de symptômes nerveux assez constants.

Oppenheim, Thomsen, Strümpell en Allemagne créent de toutes pièces une maladie nouvelle, la névrose traumatique, qui n'a pour eux aucun rapport avec l'hystérie.

Mais cette opinion dura peu, car au même moment (1884-1885), Charcot démontra que les accidents de chemin de fer n'étaient pas seuls à engendrer cette névrose ; il soutint que ces troubles étaient des phénomènes hystériques, et montra qu'on retrouve chez les blessés les crises convulsives, les anesthésies, les contractures, les paralysies hystériques. Le traumatisme n'est plus qu'un simple agent provocateur.

Walton en Amérique, Putnam en Angleterre (1885) adoptent les idées de Charcot.

Page (1885) signale qu'un certain nombre de phénomènes observés chez les malades paraissent se rattacher à la neurasthénie.

Après eux, Charcot, dans ses leçons sur les maladies du système nerveux et dans ses leçons du mardi à la Salpêtrière s'évertua à démontrer (1887-1889) que l'hystérie est une et indivisible, que l'hystérie survenue à l'occasion d'un accident de chemin de fer est exactement la même que celle qui naît spontanément.

Brissaud (1889) montre que « non seulement l'hystérie et la neurasthénie se juxtaposent fréquemment, mais même que cette juxtaposition s'observe surtout

dans les grands traumatismes. La plupart des névroses, dit-il, sont prédisposantes les unes à l'égard des autres. Elles s'attirent et s'appellent. Sous prétexte que le tableau clinique chez les traumatisés est plus ou moins modifié par l'adjonction de certains symptômes neurasthéniques, il ne faut pas dire : cela ne peut pas être de l'hystérie; ce serait méconnaître l'aphorisme de Stohl : *non, quod fieri debet, non quod fieri potest, sed quod fieri solet* ».

Après Charcot, ses élèves, Guinon, Berbez, Thyssen, mettent la question au point.

Thornburn, Brüns, Melotti, de Bologne se rangent à l'opinion de Charcot.

Seul, Grasset veut faire de l'hystérie traumatique une hystérie spéciale (1889).

Mais peu à peu les idées de Charcot tendent à être universellement admises.

Jolly et Hoffman insistent pour l'abandon de la dénomination de névrose traumatique; ils conseillent « de ne plus décorer ces phénomènes si polymorphes « de ce nom pompeux de névrose traumatique et de « les rattacher à l'hystérie ».

Won Betcherew dit que la névrose traumatique ne représente pas une entité morbide spéciale, mais doit être rattachée tantôt à l'hystérie, tantôt à la neurasthénie, parfois même à une combinaison des deux névroses.

Dirska (1900) enfin, émet (à propos de l'application de la loi sur les accidents du travail) une opinion fort originale; il prétend que cette névrose n'appar-

rait dans les divers pays qu'à mesure que les lois sur l'assurance contre les accidents sont promulguées, et il se demande si l'autosuggestion ne joue pas un rôle et n'influence pas experts et expertisés.

Actuellement, on ne parle plus de la névrose traumatique d'Oppenheim et cet auteur lui-même, ainsi que Strümpell au congrès de Wiesbaden (1893), professèrent des idées à peu près analogues à celle de Charcot.

Quant à la forme cardiaque, qui fait le sujet de notre thèse, elle est de notion toute récente. En effet, ni Charcot, ni son élève Berbez n'attirent l'attention sur ce point. On trouve çà et là : le malade a des attaques de dyspnée, des battements de cœur, mais Berbez n'insiste nullement sur ces symptômes.

M. Vibert (1893) décrit trois formes de névrose traumatique : la forme hystérique, la forme commune, la forme à prédominance d'un symptôme, à propos de laquelle il dit : « On pourrait décrire aussi une forme cardiaque, une forme dyspnéique, une forme délirante. La forme cardiaque comprendrait les cas où les désordres de la circulation acquièrent une grande intensité et s'accompagnent de troubles fonctionnels très accentués. »

Et son travail contient d'excellentes observations qu'on retrouvera à la fin de cet ouvrage.

M. Vibert ajoute, à propos de quelques-unes de ces observations : « Je crois qu'il s'agit dans ces cas d'hystéro-traumatisme. Deux particularités, d'importance secondaire d'ailleurs ne concordent cepen-

dant pas entièrement avec la description donnée de cet état par l'Ecole de la Salpêtrière : il n'y a aucun trouble de la sensibilité au niveau de la région contracturée, contrairement, à ce qui, paraît-il, est la règle. En outre, l'accélération du pouls n'est pas signalée, je crois, comme un symptôme habituel de l'hystérie. »

Ciaglinsky (1898) signale dans l'hystéro-traumatisme l'accélération des battements cardiaques.

Oppenheim (1899) montre que les symptômes cardiaques ont aussi une grande importance. « Tantôt, dit-il, il y a simplement accélération du pouls, tantôt il y a irritabilité anormale du cœur : la conversation, la marche, un bruit inattendu augmentent le nombre de ses battements et le pouls peut frapper 162 pulsations.

Puis le silence se fait et dans la thèse de Markoff (1901) on trouve cette simple phrase : « Enfin parmi les autres troubles de l'hystéro-traumatisme, nous signalerons les attaques épileptiformes, où le malade perd complètement connaissance comme dans l'épilepsie essentielle. Dans les observations qu'a bien voulu nous confier M. Vibert, on voit souvent ces symptômes ; et même dans l'une d'elles, parmi les troubles généraux peu accusés, seule la tachycardie est caractéristique. »

Auguste Hoffmann (1901), (*in Herzneurosen*) étudiant l'hystérie cardiaque, ne parle nullement du traumatisme comme agent provocateur. Il n'admet d'ailleurs ces troubles qu'avec la plus grande réserve.

« on peut trouver dans l'hystérie, dit-il, en substance tous les troubles de la sensibilité et de la motilité du cœur. Très souvent on voit des palpitations et de l'accélération du pouls qui peut battre à 120 pendant de longs mois; ces cas sont très suspects. » Hoffman a tendance à les rattacher à la maladie de Basedow.

Becker (1903) dans son livre sur les accidents du travail, constate que les traumatismes ne provoquent pas seulement des maladies cardiaques avec lésion anatomo-pathologique, mais encore peuvent donner naissance à des névroses du cœur. Subjectivement, celles-ci se manifestent par une oppression pénible; objectivement par l'allure désordonnée du cœur dont le nombre des battements s'accroît à l'occasion des moindres travaux.

M. Thoinot dans un livre récent (*Les accidents du travail et les affections médicales d'origine traumatique*, 1904) signale ces accidents cardiaques.

Récemment enfin (juin 1904) M. le professeur Debove publie deux cliniques sur l'hystéro-traumatisme cardiaque : la première est relative à la forme tachycardique avec cette particularité qu'il s'agit ici de tachycardie, à forme paroxystique.

La seconde présente un intérêt capital; elle a trait à la forme bradycardique. Elle constitue la première observation de pouls lent permanent, d'origine hystéro-traumatique qui ait été publiée.

ETIOLOGIE

On sait depuis longtemps que les traumatismes extérieurs peuvent faire naître brusquement l'hystérie.

Celle-ci peut être ou déterminée d'emblée ou démasquée alors qu'elle n'existait qu'à l'état latent, ou aggravée seulement.

Chez la plupart de nos malades, il n'existait avant l'accident aucun stigmate antérieur, et on voit dans presque toutes nos observations les troubles cardiaques naître peu après le traumatisme en même temps que les autres manifestations de l'hystérie.

Deux éléments entrent en jeu dans la production de ces accidents : *le choc physique* et *le choc moral*. Nous étudierons au chapitre pathogénie l'influence de chacun de ces deux facteurs.

Toutes les causes capables de produire un ébranlement même peu considérable de certains ou de tous les organes peuvent provoquer la névrose cardiaque.

Les *accidents de chemin de fer*, d'après Vibert, fourniraient les plus caractéristiques. Mais les trauma-

tismes les plus divers se retrouvent dans nos observations, où nous voyons comme causes provocatrices : un coup de pied de cheval, une chute de 6 mètres de haut, un accident de voiture, des contusions par les fragments d'un siphon d'eau de seltz qui éclate, la chute sur le dos d'un corps pesant.

L'âge ne paraît pas avoir d'influence notable. Tous nos malades sont des adultes de 21, 22, 29, 31, 33, 34, 36, 48, 51, 54 et 57 ans.

Le sexe ne joue aucun rôle. Dans toutes nos observations, nous relevons 15 hommes contre deux femmes, mais cette statistique ne saurait évidemment être généralisée, car il s'agit ici de traumatismes auxquels les hommes sont beaucoup plus exposés que les femmes.

Il n'en reste pas moins prouvé que l'hystérie masculine est d'une grande fréquence.

Elle est aussi d'une ténacité remarquable, infiniment plus grande que chez la femme.

Nous voulons, à ce propos, réfuter une fois de plus, cette opinion erronée qui prétend que l'hystérie est rare chez l'homme. Nous pensons, avec P. Marie, que l'hystérie mâle est très fréquente et même beaucoup plus fréquente que l'hystérie féminine dans les classes inférieures de la société, dans les classes pauvres, parce que les ouvriers sont plus exposés aux causes provocatrices, intoxications et traumatismes en particulier.

Les professions n'ont d'influence qu'autant qu'elles

exposent le sujet aux diverses violences extérieures et aux traumatismes.

Nous ferons remarquer, comme on l'a fait souvent « que ce ne sont plus des jeunes filles plus ou moins vaporeuses » (Berbez), mais de robustes terrassiers, des hommes dans la force de l'âge, d'apparence extérieure très solide ; si parfois les hystériques mâles ont un aspect efféminé, la plupart des blessés de nos observations sont solides et vigoureux.

Les *antécédents* présentent plus d'intérêt :

L'*hérédité névropathique* se retrouve parfois :

le père de B... (Obs. I) n'a jamais eu de crises nerveuses, mais il était grand buveur de vin.

Sa mère présenta après la mort de son père des troubles cérébraux : on ne put l'empêcher de partir pour le pays ; elle quitta sa famille et on n'eut plus de ses nouvelles.

Sa sœur a présenté à l'âge de 16 ans une paralysie subite du bras à laquelle a succédé une contracture de la main.

D... (Obs. V) ne présente pas de stigmates d'hystérie, mais il a des antécédents héréditaires ; une de ses sœurs est morte aliénée, un de ses frères a succombé en bas âge, de convulsions. Lui-même a eu, à une certaine époque « des crises d'origine nerveuse » signalées en ces termes par le médecin qui l'a soigné alors.

Mais ces tares ne se retrouvent pas constamment « et dans la majorité des cas (Vibert) publiés par les divers auteurs et de ceux que j'ai

moi-même observés, on ne trouve chez les blessés aucune trace d'une prédisposition antérieure. »

C'est ainsi qu'on ne retrouve dans les antécédents de V... (Obs. II) aucun renseignement intéressant ; son père et sa mère sont bien portants ; son frère et sa sœur ne sont atteints d'aucune affection nerveuse et le malade lui-même a joui d'une excellente santé jusqu'à l'époque de sa chute.

Presque toutes nos observations sont analogues à la précédente au point de vue des antécédents nerveux.

L'*alcoolisme* joue sans doute un rôle important.

B... (Obs. I) jusqu'au jour où il a reçu un coup de pied de cheval (à la suite duquel il a présenté des stigmates hystériques et tous les symptômes du pouls lent permanent) avait été très bien portant, à part deux malaises dont la nature est mal définie, et qui paraissent être des coliques de plomb. Mais il buvait autant que le lui permettaient ses ressources.

Nous n'avons dans aucun cas retrouvé la *prédisposition cardiaque* : jamais nos blessés ne s'étaient plaints de souffrir du cœur.

Il est évident pourtant que c'est le traumatisme qui a fait naître leur arythmie, leurs palpitations et leur dyspnée.

De même pour les malades qui ont présenté la forme tachycardique avec paroxysmes, et la forme brachycardique : nous n'avons rien retrouvé dans leurs antécédents qui fût capable de nous expliquer la cause de ces troubles.

Et cependant nos observations sont entourées de toutes les garanties possibles : nous avons soigneusement éliminé celles dans lesquelles les troubles cardiaques s'accompagnaient de fièvre, de lésions organiques du cœur, de lésions pulmonaires et de traumatismes craniens et thoraciques graves.

Tous nos malades, tous ceux du D^r Vibert, ont été examinés avec le plus grand soin. Une enquête minutieuse et approfondie, faite par plusieurs docteurs et médecins légistes a dans tous les cas prouvé qu'avant l'accident, les malades ne présentaient aucun trouble cardiaque.

Le malade de notre observation I, qui à notre avis est de beaucoup le plus intéressant avait, peu de temps avant son accident, fait plusieurs séjours dans divers hôpitaux ; on l'avait soigneusement ausculté et jamais on n'avait constaté chez lui de ralentissement du pouls.

PATHOGÉNIE

Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que deux éléments entrent en jeu dans la production de l'hystéro-traumatisme : le *choc physique* et le *choc psychique*.

Charcot a démontré que le traumatisme intervient surtout par le « *shock nerveux* » qui joue toujours un rôle prépondérant et souvent exclusif, dans les cas fréquents où le trauma physique est insignifiant ou nul.

On sait depuis longtemps que les traumatismes extérieurs peuvent faire naître brusquement certaines névroses comme les maladies de Basedow, de Parkinson, etc. Il est logique qu'il en soit de même de l'hystérie.

Nous allons d'abord étudier le rôle qu'à notre avis joue le *traumatisme* dans la production de la névrose cardiaque.

Pour M. Vibert, il devrait être d'une nature spéciale. Il devrait produire, outre des blessures localisées, un ébranlement général de tout le corps, et notamment du système nerveux.

« Ce traumatisme provocateur de la névrose traumatique, dit-il, qu'il soit produit par un accident de chemin de fer ou de voiture, par une chute, par un éboulement, par une explosion, est caractérisé par ce fait qu'il occasionne un ébranlement physique plus ou moins violent des centres nerveux. »

« Cet ébranlement n'est pas douteux chez les individus qui ont reçu un choc violent à la tête, et il est à remarquer que ce sont ceux-là qui sont précisément atteints dans la plus forte proportion de névrose traumatique. »

Et il ajoute :

« J'ai eu l'occasion, en ma qualité de médecin légiste, d'examiner plus d'un millier d'individus ayant reçu des coups de couteau, des balles de revolver, ayant été roués de coups, ayant subi un commencement de strangulation, ayant tenté de se suicider par divers procédés. Jamais je n'ai observé chez eux la névrose traumatique. Par contre, le nombre d'individus victimes d'accidents de chemin de fer ou de voiture, de chute, d'éboulement, d'explosion, que j'ai été appelé à examiner est bien plus restreint ; il atteint à peine 400 ; or je pourrais réunir une centaine d'observations de névrose traumatique qui m'ont été fournis par eux et par eux seuls ».

Les auteurs allemands donnent une proportion un peu moins forte. Jessen, sur 500 blessés par accidents, a vu 2,50 pour 100 de névroses traumatiques. Maas a trouvé sur 160 blessés survivants de l'accident de chemin de fer de Hugstetten 3 septembre

1882) 3 hystéro-traumatisés, c'est-à-dire un peu moins de 2 pour 100 ; sur les 292 blessés survivants de la catastrophe de Mönchenstein (14 juin 1891) et de Zollikofen (17 août 1891) 30 à 40 furent atteints de névrose ; ce qui donne 10 pour 100.

Il ne nous semble pas que pour produire l'hystéro-traumatisme cardiaque, un ébranlement considérable du système nerveux soit utile.

Nous avons écarté de parti pris toutes les observations dans lesquelles le malade avait eu de la commotion cérébrale ayant entraîné le coma, car dans ces cas il eût été impossible d'affirmer que les troubles cardiaques n'étaient pas sous la dépendance d'une lésion organique du cerveau.

Nous voyons alors que l'ébranlement cérébral est rarement noté :

En effet, B.... (Obs. I) reçoit un coup de pied de cheval sur la cuisse droite, qui ne lui fait pas perdre connaissance ; il a le temps d'aller chez le marchand de vins boire un verre de vulnéraire, et ce n'est que dix minutes après qu'il est pris d'une attaque d'hystérie.

V.... (Obs. II) est tombé sur le côté gauche.

X.... (Obs. III) renversé deux fois par un choc (accident de chemin de fer), a pu se relever seul et aller au service médical. Il n'a pas perdu un instant connaissance.

D... (Obs. V) a été renversé par un fiacre dont les roues lui ont passé sur le corps et ont produit de nombreuses ecchymoses sur le côté droit.

L... (Obs. VII) est vigoureusement constitué. Un jour qu'il traînait une voiture à bras, celle ci fut heurtée violemment par un camion; il fut renversé et reçut en divers points du corps des contusions qui n'ont pas laissé de traces appréciables.

S... (Obs. X) a reçu à la tête et à la face les éclats d'un siphon d'eau de Seltz; les contusions produites n'ont pas laissé de traces.

B... (Obs. VIII) toujours très bien portant, a été tamponné et projeté sur la paroi du wagon; il a été atteint de contusions légères sur divers points du corps, et d'une plaie superficielle n'intéressant pas toute l'épaisseur du cuir chevelu, à la partie postérieure gauche de la tête; il n'a pas perdu connaissance et s'est parfaitement rendu compte de l'accident; il a pu rentrer seul chez lui.

B... (Obs. XII) a reçu sur le dos un sac d'avoine pesant 75 kilogrammes et tombé d'une hauteur de 3 à 4 mètres. Il a été jeté à terre et contusionné à la région lombaire et à la cuisse droite. Un mois après, ces contusions n'avaient pas laissé de traces.

D... (Obs. XIII) qui se trouvait dans un train tamponné, a été violemment secouée, mais n'a reçu que quelques contusions. Elle n'a pas perdu connaissance.

X... (Obs. XIV) dans un accident de chemin de fer, n'a reçu que des contusions légères de l'épaule et du testicule et n'a pas perdu connaissance.

K... (Obs. XVI) renversée par un fiacre n'a été

atteinte que de blessures aux jambes ; fracture du péroné droit et contusions de la jambe gauche.

Seuls les malades des observations II, XI et XV, ont perdu connaissance.

On voit donc qu'une contusion violente n'est pas nécessaire pour produire des accidents cardiaques hystéro-traumatiques, et que ces troubles peuvent être provoqués par un choc physique relativement peu intense.

L'intensité ni la nature du traumatisme n'ont donc pas d'influence ; une chute, un choc, une morsure, tout comme un accident de chemin de fer, un tremblement de terre ou la chute de la foudre pourront leur donner naissance.

Certaines observations d'Erichsen, de Thomsen, d'Oppenheim et Krapp parlent dans le même sens.

On a aussi, à notre avis, exagéré considérablement le rôle de *l'émotion* comme agent provocateur.

Certains auteurs, se fondant sur ce fait que la plupart des malades ont dû éprouver une frayeur intense, considèrent cette peur comme le facteur étiologique le plus important, parfois même unique, de l'hystérie traumatique.

Or, nous avons vu que celle-ci ne se produit jamais chez les gens attaqués, chez les blessés au cours des rixes, et d'autre part, on trouve des sujets (Obs. II par exemple) qui assurent n'avoir pas été effrayés et se sont en effet comportés avec beaucoup de calme et de sang-froid, envisageant comme peu sérieuses les conséquences de l'accident, et qui néanmoins ont

été atteints d'accidents hystéro-traumatiques très graves.

Le traumatisme et l'émotion ont donc peu d'importance ; l'idée erronée à laquelle ils donnent naissance est tout.

Le malade s'auto-suggestionne involontairement. Les manifestations de l'hystérie ne sont autre chose que l'exagération d'un phénomène ordinaire d'ordre psychophysiologique, ce qui a permis à Bernheim de dire d'une façon un peu paradoxale, que nous sommes tous hystériques dans une certaine mesure.

L'hystérie cardiaque n'est autre chose que l'hystérie vulgaire. Elle n'est jamais la conséquence exclusive d'une violence extérieure et sa gravité n'est pas proportionnelle à l'intensité du traumatisme subi. Son étiologie est dominée par la prédisposition congénitale ou acquise ; restée latente jusqu'au moment de l'accident, elle se manifeste à l'occasion d'un choc physique.

Sans chercher le pourquoi de la question, sans savoir si comme le veut le professeur Grasset (1), c'est le polygone qui fait et défait l'hystérie, nous pouvons dire que l'hystéro-traumatisme n'est pas une action volontaire et consciente, mais un acte psy-

(1) Grasset dit qu'il est difficile d'admettre qu'à la base de toute hystérie il y a un trouble mental, tandis qu'il est très facile et très vrai d'admettre un trouble polygonal, un phénomène psychique inférieur.

Le malade a un polygone prédisposé ; si un traumatisme survient, après une rumination polygonale, l'idée polygonale de cette maladie se développe, s'implante et se manifeste par des symptômes... preuve de désagrégation polygonale.

chique involontaire, inconscient, dont le sujet n'est pas responsable.

« L'influence du choc physique est nulle ou très effacée, dit Souquès, le traumatisme se bornant d'habitude à marquer le siège des manifestations. » C'est en réalité le choc psychique qui est cause de tout ; c'est l'imagination, l'idée, suivant l'expression de Russel Reynolds, qui prépare les troubles somatiques.

Que l'on suppose, pour prendre un exemple, un individu prédisposé à l'hystérie, victime d'un léger choc sur l'épaule ; presque instinctivement, l'idée bien naturelle d'impotence motrice se présente à son esprit. Il continue cependant à se servir de son bras ; mais chez ce prédisposé, l'idée d'impotence, au lieu de s'effacer, va grossir, importuner son cerveau jour et nuit, imbiber son centre brachial, et après une phase plus ou moins longue de méditation et d'actes intellectuels complexes, l'extérioriser sous forme de monoplégie brachiale.

« Cet individu a pensé sa paralysie avant de l'objectiver. Du reste, ce stade de l'idée dominatrice, cette période de méditation consciente ou inconsciente se retrouve avec quelques variantes suivant les cas et les sujets à l'origine de toutes les manifestations de l'hystérie quelle que soit leur cause provocatrice ». Il est vrai que ce stade psychique intermédiaire placé entre la cause provocatrice et l'apparition d'une manifestation hystérique n'est pas toujours facile à retrouver ou à interpréter ; une fine analyse psycho-

logique est nécessaire pour remonter de l'agent provocateur à l'idée, d'une part, et pour suivre, d'autre part la transformation de l'idée en manifestation objective.

Et à ce propos il nous semble que jamais les médecins experts ne devraient jamais faire remarquer aux blessés que leur cœur est lésé; il est facile de comprendre que cette idée sera pour eux à l'avenir une obsession permanente et terrible.

En se plaçant au point de vue spécial de l'assurance sur le travail, Strümpell caractérise de la façon suivante les relations entre l'accident et la lésion nerveuse : « Ce n'est pas le traumatisme corporel par lui-même, mais bien l'excitation psychique résultant du traumatisme et les idées que celui-ci provoque qui constituent la cause essentielle de la maladie ».

Cette irritation psychique et ses conséquences se montrent volontiers, et la chose est facile à comprendre chez les malades indigents de la classe ouvrière. « Car chez ces malades, après chaque accident, la question se pose en premier lieu de savoir si le cas va avoir comme conséquence un long empêchement de travail, s'ils auront le droit de réclamer une indemnité, etc... » Ce qui fait qu'ils se préoccupent constamment dans leur for intérieur de leur accident et de ses conséquences. De cette peur des suites graves de l'accident résulte une exagération et une amplification de leur propre mal.

Bref, de ce point de départ purement psychique, résulte une entité morbide bien connue des médecins qui ont souvent occasion de voir et d'observer ce genre de malades. Le plus souvent c'est la région du corps directement lésée (tête, dos, colonne vertébrale, membres) qui constitue le centre des souffrances subjectives. Autour de ce point central se groupent tous les symptômes nerveux généraux possibles (céphalalgie, vertige, faiblesse générale) et par dessus le tout se greffe le désaccord psychique qui tantôt prend la forme d'hypocondrie ou de mélancolie, tantôt se caractérise par un affaissement, un manque d'énergie et de confiance en soi-même.

Ces notions nous expliquent suffisamment le mécanisme de la névrose cardiaque ; lorsque le système nerveux est si profondément troublé, il est logique de penser que la circulation, chez un homme fatigué et surmené, aura beaucoup à souffrir.

Mais si nous voulons rechercher la cause exacte des diverses formes de cette névrose, nous retombons dans le domaine des hypothèses.

Faut-il expliquer la tachycardie, par une excitation des nerfs accélérateurs sympathiques, par une modification de l'activité des ganglions intracardiaques, accélérateurs ou modérateurs, par un état paralytique transitoire du pneumogastrique ?

Il nous paraît plus rationnel, et nous partageons ici l'opinion de M. Courtois-Suffit, de considérer la tachycardie comme une névrose bulbaire ou bulbo-spinale.

Nous pourrions sans doute en dire autant du pouls lent permanent.

Les palpitations seront plus difficilement expliquées ; il est même impossible de dire actuellement si elles sont causées par la parésie du pneumogastrique modérateur ou l'excitation du sympathique accélérateur.

SYMPTOMES

La forme cardiaque de l'hystéro-traumatisme comprend tous les cas dans lesquels les phénomènes cardiaques s'accroissent outre mesure et arrivent parfois à dominer la maladie.

Dans ces cas, tous les autres phénomènes peuvent exister, mais fréquemment ils sont relégués au second plan dans le tableau clinique. Les paralysies, les contractures, les anesthésies, les attaques convulsives sont plus ou moins accentuées, elles peuvent même exister à peine.

Les désordres circulatoires acquièrent dans certains cas une grande intensité et peuvent s'accompagner de troubles fonctionnels très accentués.

Il nous semble qu'on peut, se fondant sur cette définition, éliminer certaines observations dans lesquelles on constate seulement une légère irrégularité du pouls ou une tachycardie peu intense sans phénomènes fonctionnels.

Nous avons eu la curiosité de rechercher si les troubles cardiaques sont fréquents dans l'hystérie traumatique : dans un grand nombre d'observations françaises et étrangères, l'état du cœur n'est pas noté.

Dans celles qui sont très soigneusement prises (celles de M. le Dr Vibert, par exemple) on voit que les troubles cardiaques légers sont assez fréquents ; sans cesse on trouve une légère tachycardie, une notable irrégularité du pouls. On voit le pouls battre de 80 à 92, régulièrement, bien que parfois certaines pulsations aient moins d'ampleur que les autres.

Nous sommes donc convaincu que si à l'avenir on examine de parti pris le cœur des hystéro-traumatisés, il ne sera pas rare de constater l'existence d'accidents cardiaques.

Cela ne peut d'ailleurs nous étonner, car on sait avec quelle facilité le cœur réagit dans toutes les excitations du système nerveux.

Nous étudierons successivement :

LA FORME TACHYCARDIQUE qui se divise elle-même en plusieurs variétés :

LA FORME BRADYCARDIQUE ;

LA FORME ARYTHMIQUE.

Dans une 4^e partie, nous nous occuperons d'un certain nombre de cas encore mal définis, tels que *l'oppression, les palpitations, la dyspnée, les angoisses cardiaques* — dont les observations sont trop peu nombreuses pour qu'il soit possible de tirer une conclusion ferme.

Enfin le 5^e chapitre comprendra l'étude minutieuse des accidents concomitants relevés chez nos malades, et qui sont manifestement de nature *hystérique* et parfois *neurasthénique*.

FORME TACHYCARDIQUE

Les tachycardies présentent plusieurs variétés qui peuvent se ramener à deux :

Tachycardies permanentes.

Tachycardies paroxystiques, c'est-à-dire avec pouls normal en temps ordinaire et accès. Elles simulent la tachycardie paroxystique essentielle, et les accès surviennent sans cause appréciable — ou sous l'influence du plus léger exercice.

TACHYCARDIE PERMANENTE

Il est difficile de dire où commence la tachycardie ; si l'on admet que le cœur bat normalement de 65 à 75 fois par minute, cette donnée rend singulièrement fréquente l'accélération du pouls dans les accidents hystéro-traumatiques.

Comme nous l'avons vu plus haut, dans la plupart des observations où l'état du cœur est noté on voit que plus ou moins longtemps après l'accident et d'une façon continue, le pouls bat de 80 à 90.

Mais nous ne nous occuperons que des blessés qui présentent une grande accélération du pouls. M... par exemple (Obs. IX) qui présente 108 à 114 pulsations — S... (Obs. X) dont le cœur bat 116 fois à la minute. — Nous voyons dans les autres 100 à 120 (Obs. III) — 110 (Obs. V) — 115 à 124 (Obs. VI) — 100 à 120 (Obs. VII).

Chez tous ces malades, les battements du cœur sont en général réguliers, mais ils peuvent être aussi irréguliers et arythmiques. Cette arythmie peut même prédominer au point de constituer le symptôme prédominant. Nous décrirons plus loin des formes arythmiques.

Ces battements sont plus souvent violents et fortement frappés que sourds, affaiblis, voilés.

La matité précordiale dans les quelques observations où elle a été notée, n'a pas subi de modifications.

Nous n'avons retrouvé aucun phénomène anormal d'auscultation. Les deux bruits sont bien frappés, sans dédoublement, sans souffles anormaux.

Mais il serait nécessaire de suivre longtemps les malades, car on sait que les bruits de souffle en général systoliques et l'accentuation du second bruit pulmonaire ne sont pas rares dans les tachycardies réflexes.

Le pouls est souvent petit, filiforme, dépressible, parfois même insensible. Moins souvent nous l'avons trouvé plein et régulier.

Dans tous ces cas, il n'existe pas de crises paroxysmiques. Le cœur, sous l'influence de la marche, d'une

émotion, d'une fatigue, peut battre d'une façon violente, mais il n'ira jamais à 180 et plus comme dans la forme suivante.

De même, les malades atteints de tachycardie permanente peuvent présenter de l'angoisse précordiale, de l'oppression, de la douleur, des palpitations, de l'anxiété respiratoire. La dyspnée y est assez fréquente et peut se compliquer d'accès de suffocation ; les mouvements respiratoires se répètent alors 40 et 50 fois par minute. Une toux sèche est fréquemment observée.

Nous retrouverons ces symptômes plus tard.

Notons que l'observation II montre qu'un malade atteint de tachycardie permanente peut, après un temps plus ou moins long, passer à la forme suivante.

TACHYCARDIES PAROXYSTIQUES

Dans cette forme, les malades présentent les symptômes de la tachycardie paroxystique.

Les accès peuvent survenir spontanément ou sous l'influence de marche, de fatigue physique ou morale, d'émotion.

Toutefois, nous n'avons trouvé dans la littérature médicale aucun exemple d'accélération du pouls atteignant 200. Ce sont donc des paroxysmes relativement légers.

C'est ainsi que le malade V... (Obs. II), dont le pouls est habituellement à 78, a deux à quatre crises par jour, spontanément ou après un léger exer-

cice (montée et descente d'un petit escalier) pendant lesquelles le pouls monte immédiatement à 160, et devient petit, inégal, intermittent, irrégulier.

De même, sous l'influence des mouvements, le cœur de X... (Obs. III), peut présenter 160 battements.

Nous retrouvons ici :

— L'accélération considérable des battements du cœur ;

— La diminution extrême de la tension artérielle ;

Pendant les accès, il devient presque impossible de distinguer le second bruit du premier. L'oreille a la sensation du tic-tac d'une montre. C'est le type de l'embryocardie.

Malgré leur brièveté, les bruits sont nets et distincts.

Nous n'avons perçu de souffles anormaux ni de dédoublements.

Le choc précordial est à peine perceptible : la main a la sensation d'une sorte d'ondulation étendue à plusieurs espaces intercostaux. Celle-ci est même parfois visible.

D'ailleurs, les battements du cœur, loin d'être diminués, sont plus énergiques. L'organe se contracte avec violence, semblant lutter ainsi contre l'accélération extrême de ses mouvements.

Contrastant avec ce battement cardiaque énergique, le pouls est d'une grande faiblesse, indiquant l'abaissement considérable de la tension artérielle. Il est faible, mou, dépressible.

Lorsque la crise est sur le point de se terminer, le pouls se ralentit et reprend son ampleur ordinaire.

Plusieurs fois, nous avons retrouvé le défaut de parallélisme entre les battements du cœur et le pouls. A ce moment, la pulsation radiale, tout en restant accélérée, reprend son ampleur et devient perceptible, alors que l'auscultation du cœur ne révèle aucun changement de l'énergie cardiaque ni du nombre des battements.

La sécrétion urinaire est constamment diminuée pendant les crises.

Nous n'avons pas retrouvé l'albuminurie.

Les symptômes secondaires des paroxysmes se retrouvent chez V... Le principal phénomène qu'il accuse est la douleur spontanée siégeant au mamelon gauche, constante, et qui s'exagère au moment des crises qui se produisent 2 à 4 fois par jour ; il éprouve alors une sensation de battement occupant une large étendue de la région précordiale, s'accompagnant d'angoisse, de secousses dans les vaisseaux du cou, d'éblouissements avec demi-perte de connaissance.

Le visage est pâle au début et lorsque la crise a un peu duré, par suite de la stase qui se fait dans la circulation veineuse, la face se cyanose et les lèvres bleuissent.

La congestion encéphalique se manifeste par l'agitation et le délire.

Nous n'avons pas observé de changement notable des pupilles.

La crise dure de 5 minutes à une heure. Elle est calmée remarquablement par les enveloppements froids de la région antérieure du thorax.

La fin se manifeste par l'apparition de sueurs abondantes.

Chez V..., il ne se produit pas de fièvre pendant ou après les crises. Le pouls retombe à 100, puis 90 et 80.

FORME BRADYCARDIQUE. — POULS LENT PERMANENT

Cette variété d'hystéro-traumatisme cardiaque n'avait été jusqu'ici ni étudiée, ni même signalée. On trouve dans quelques livres classiques (*Manuel de médecine Debove et Achard, article Pouls Lent permanent, du docteur Courtois-Suffit*) : « souvent, rien n'existe dans les antécédents du malade qui permette de préciser le moment où les symptômes se sont manifestés pour la première fois, et on en conclut que l'affection a dû se développer progressivement à la faveur de l'athérome ; dans d'autres cas, au contraire, l'origine des accidents se retrouve dans le passé du malade et c'est généralement un traumatisme de la partie supérieure du rachis qu'on peut incriminer. »

Eugénio Medea cite le cas d'un malade, âgé de 45 ans qui, à la suite d'un incendie (traumatisme psychique), présenta pendant plusieurs jours seulement, 48 pulsations.

C'est M. le professeur Debove qui, le premier, a signalé une observation de ralentissement permanent

du pouls accompagné de phénomènes hystériques, et né en même temps qu'eux d'un traumatisme assez violent, et émis ainsi l'hypothèse du pouls lent permanent d'origine hystéro-traumatique.

On verra, en effet, dans la clinique (1) et dans notre observation I, l'histoire d'un malade qui, bien portant jusque-là, reçoit un coup de pied de cheval et présente depuis ce temps des accidents hystériques d'une netteté indiscutable, accompagnés d'un pouls battant entre 24 et 36.

Chez B... en effet, il existe 36 pulsations à la minute. Il y en a eu 24 il y a quelques mois.

Le pouls est plein, régulier, bien frappé ; la tension artérielle est élevée. Il rappelle un peu les caractères du pouls de l'insuffisance aortique, d'autant plus que nous avons ici aussi une différence de tension entre la systole et la diastole.

Le pouls est dépressible ; il n'est pas accéléré par les mouvements violents ni par les travaux, ni par les émotions. Nous n'avons pas noté, après ces exercices la diminution des pulsations radiales, phénomène parfois observé dans la maladie de Stokes Adams.

Le malade n'ayant pas eu de fièvre, il ne nous a pas été possible de voir son influence sur les pulsations.

La matité cardiaque n'est pas augmentée ; il ne

(1) Cette observation a fait l'objet d'une clinique de M. le professeur Debove (*Presse médicale* 1904), dont nous citons les principaux passages Pouls lent permanent. Hystéro-traumatisme.

paraît donc pas y avoir d'hypertrophie du cœur gauche.

A l'auscultation, la longueur des silences est considérable ; il n'existe ni souffle, ni bruits anormaux.

Seul un léger retentissement du second bruit, dû à l'élévation de la tension artérielle, est perceptible.

Dans les grands silences, on entend les bruits sourds, de faible intensité, qui sont constants dans le pouls lent permanent. Nous sortirions de notre sujet en voulant aborder leur pathogénie.

Les battements veineux sont d'une netteté parfaite ; ils sont en nombre double des battements perceptibles du cœur.

Comme dans tous les cas de pouls lent permanent, les phénomènes nerveux jouent le rôle principal.

Le malade présente tous les symptômes classiques et nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici la fin de la clinique de M. le Professeur Debove, qui nous montre si nettement que, chez notre malade, les phénomènes nerveux sont de nature hystérique.

« Il nous faut maintenant vous parler des phénomènes nerveux qui, avec la lenteur du pouls, constituent le syndrome de Stokes-Adams. Ils consistent en céphalalgie, en syncopes parfois mortelles, et enfin en attaques épileptiformes. »

« Tous ces symptômes s'observent chez notre malade. Il a souvent un mal de tête tenace et persistant. Il se plaint de faiblesses et d'attaques de nerfs. Si l'on interroge avec soin B... sur les sensations

qu'il éprouve, il est facile de se rendre compte que ses faiblesses ne sont que des crises de nerfs esquissées ; ce qui domine, en effet, chez lui, dans les deux cas, c'est une sensation d'étouffement. Il s'agit donc de phénomènes de même ordre. Cette constatation a une très grande importance pour éclaircir la pathogénie du pouls lent permanent ; si nous trouvons, en effet, l'origine précise des accidents nerveux, constants dans la maladie de Stokes-Adams, nous pourrions, du même coup, jeter quelque lumière sur la cause initiale de cette affection, tout au moins dans le cas particulier qui nous occupe. Or, je crois qu'il me sera facile de vous prouver : 1° que les accidents nerveux accusés par notre malade sont de nature hystérique ; 2° que ces troubles se sont développés chez lui à la suite d'un traumatisme. »

« Pour établir le premier point, l'étude minutieuse des antécédents nous donnera des renseignements précieux. B... supporte une terrible tare héréditaire. Son père, porteur d'une cataracte congénitale, lui a légué une lésion analogue ; il exerçait la profession de palefrenier et il « buvait ferme », surtout du vin ; il était fréquemment ivre. Il est mort d'un cancer du rein. Sa mère, nerveuse, a disparu depuis dix ans ; « elle avait la tête faible, dit B..., depuis la mort du père » ; elle a laissé là sa famille, sans que les recherches faites depuis aient permis de la retrouver. Un de ses frères est un grand alcoolique. Une sœur, que le malade n'a pas vue depuis cinq ans, a été frappée à l'âge de seize ans d'une paralysie à

laquelle a succédé une contracture ; le tout d'origine manifestement hystérique. Les antécédents personnels du sujet ne le cèdent en rien aux autres ; la multiplicité des métiers qu'il a exercés est une preuve évidente de son instabilité mentale et de sa tare névropathique. Permettez-moi de les énumérer : il a été successivement et malgré son âge peu avancé : tôleier, ferblantier, cordonnier, couvreur, fumiste, employé de chemin de fer, marchand des quatre saisons, charretier, employé dans une usine de produits chimiques. Pendant ces diverses périodes de son existence il a été soumis à différentes intoxications ; il semble avoir eu, après avoir travaillé dans une fabrique de produits chimiques, plusieurs attaques de colique saturnine. Il aurait été soigné une fois pour une intoxication phosphorée accidentelle. Mais le poison qui a le plus agi sur lui est certainement l'alcool. Il avoue qu'il n'est limité, dans ses excès, que par la question d'argent. Il ne peut pas boire, dit-il, « autant qu'un homme riche » et paraît le regretter vivement. Il s'adonnait surtout au vin ; mais vous savez combien il est difficile de faire admettre cette notion que les buveurs de vin sont des alcooliques, quoiqu'il suffise d'un calcul bien simple pour montrer que l'absorption d'un litre de vin fait pénétrer dans l'organisme quatre-vingts à cent grammes d'alcool. Si nous étudions maintenant les crises nerveuses pour lesquelles B... entre à l'hôpital, nous acquerrons la certitude que ce sont des attaques d'hystérie. Il a eu devant nous une de

ces crises ; à la suite d'un examen assez long qui l'avait émotionné, il était debout et regagnait son lit, quand tout à coup il s'est écrié : « J'étouffe. » Il est tombé par terre et a pris la position en arc de cercle, ne touchant plus le sol que par la nuque et les talons. Il a passé ensuite par la phase dite des grandes salutations, dans lesquelles il lance les jambes puis le corps en avant. Il s'est ensuite relevé le regard fixe, avec une période d'obnubilation très courte. La durée de l'attaque avait été de quatre à cinq minutes. Il ne peut y avoir aucun doute après cette description, sur la nature hystérique des attaques, quoiqu'on ne constate ni hémianesthésie ni rétrécissement du champ visuel ».

« Or tous ces accidents remontent à l'année 1898 ; il est à peu près sûr que la lenteur du pouls date de la même époque, car dans les divers séjours antérieurs du malade à l'hôpital, elle n'avait jamais été remarquée. C'est à l'occasion d'un traumatisme qu'ont apparu les troubles nerveux ; tel est le second point sur lequel je veux attirer l'attention. C'est en cette année 1898 que le malade eut sa première crise ; il reçut sur la cuisse un violent coup de pied de cheval qui le projeta à terre ; il put se relever sans lésion grave et alla chez le marchand de vin prendre un vulnéraire, liqueur à laquelle le peuple attache la propriété d'éviter « le contre-coup ». Il n'eut pas le temps de finir son verre et tomba sans connaissance ; depuis ce moment il a des attaques toutes les fois qu'il est contrarié. Ajoutez à cela les petites crises

syncopales, avec sensation d'étouffement, qu'éprouve le malade et qu'il n'avait jamais ressentie auparavant, et il vous sera facile d'admettre qu'il s'agit d'hystérie post-traumatique. Dans une leçon précédente je vous ai entretenu de tachycardie hystérique post-traumatique ; ici les phénomènes, quoique nerveux, sont exactement analogues ».

« Je voudrais pouvoir vous dire en terminant, dans quelle mesure la bradycardie permanente est produite par l'hystérie ; il faudrait pour cela passer en revue toutes les observations antérieures ; je crois que beaucoup seraient comparables à celles qu'a publiées mon élève, M. Marcel Labbé (1), à la Société médicale des hôpitaux et montreraient qu'il existe des rapports intimes entre le pouls lent et l'hystérie. Il ne faudra point négliger, dans les recherches nouvelles, d'examiner les malades au point de vue des stigmates de la névrose ».

(1) Pouls lent permanent, crises apoplectiformes, épileptiformes et syncopales ; malformations cardiaques. *Soc. méd. des Hôp.* 1901 p. 424.

FORME ARYTHMIQUE

„ Dans plusieurs observations, la particularité dominante est l'existence d'une irrégularité plus ou moins considérable, parfois extrême du pouls, avec ou sans intermittences.

Nous avons déjà vu à l'étude de la forme tachycardique que le pouls devenait, pendant les paroxysmes, intermittent, inégal et irrégulier.

L'arythmie peut aussi exister sans tachycardie.

B..... (Obs. XII) même quand on l'examine dans le repos le plus complet, présente un pouls extrêmement irrégulier. Jamais on ne trouve plus de trois pulsations consécutives égales entre elles : à une pulsation forte en succède une autre faible ou arrêtée ; les unes sont très précipitées, empiètent les unes sur les autres ; les autres sont amples et fortes. Le cœur n'est pas hypertrophié, ne présente pas de bruits de souffle ni de frottement.

L..... (Obs. VII) présente, à deux examens consécutifs à un mois d'intervalle, un pouls qui est constamment entre 100 et 120, un peu irrégulier quant à la force des pulsations.

P..... (Obs. XV) a un pouls très irrégulier: les pulsations sont inégales quant à leur force et à leur fréquence.

On retrouve le même phénomène dans les observations XI, XIII, XIV.

Nous verrons que c'est surtout dans les formes arythmiques qu'on rencontre les phénomènes douloureux (palpitations, angoisse, dyspnée, oppression).

SYMPTOMES COMMUNS A TOUTES LES FORMES DE L'HYSTÉRO-TRAUMATISME CARDIAQUE.

I. — PALPITATIONS. ANGOISSE. OPPRESSION. DYSPNÉE

Ces quatre symptômes se retrouvent dans bon nombre d'observations avec des caractères très variables suivant chaque malade.

X..... (Obs. III) a parfois la sensation d'arrêt du cœur ; il se produit aussitôt après une crise de palpitations très intenses avec sensation d'étouffement.

Dans certains cas, les *palpitations* peuvent atteindre un degré tel qu'elles constituent le principal symptôme de la maladie.

B..... (Obs. VII) a, à la suite de son traumatisme, de l'oppression et des battements de cœur qui ont persisté depuis son accident et constituent le principal des troubles dont il se plaint.

R..... (Obs. XI) a été pris aussitôt après l'accident d'une oppression qui n'a jamais cessé depuis et qui occasionne parfois de véritables accès de suffocation. La dyspnée constitue chez lui le symptôme le plus apparent de l'état morbide déterminé par l'accident.

De même, B..... ne peut reprendre son travail car au moindre effort, il est pris d'oppression, de battements de cœur et d'étourdissements.

Nous verrons plus loin que la tachycardie, le pouls lent ne sont pas perçus par le malade, qui n'a pas conscience de leur existence.

Les palpitations (c'est d'ailleurs leur définition) sont des battements douloureux. Il peut se faire, et c'est même la règle, que cette sensation soit accompagnée de modifications du rythme cardiaque : plus grande fréquence des battements, intensité plus considérable des bruits, irrégularité manifeste du pouls. Mais tous ces phénomènes peuvent ne pas exister.

En effet, nous voyons que dans certaines observations les palpitations sont très violentes alors que la tachycardie est peu considérable.

Ces palpitations surviennent en général par accès, rappelées en général par la fatigue, l'effort ou l'émotion. Brusquement alors le malade sent battre son cœur. Dans les accès légers, il existe plutôt une sensation de malaise qu'une douleur véritable.

On peut observer tous les degrés depuis la simple gêne jusqu'à la sensation de choc violent, d'étouffement.

Le tout peut s'accompagner *d'oppression, d'angoisse indéfinissable* : la parole est entrecoupée, la voix s'altère, la face pâlit, se couvre de sueurs ; les extrémités peuvent devenir froides : la syncope apparaît quelquefois.

Chez le malade de l'observation II, la main perce-

vait un choc assez intense, mais insuffisant pour la soulever d'une façon appréciable.

L'angoisse accompagne fréquemment les palpitations. Nous n'avons pas trouvé, dans nos observations, de cas d'angine de poitrine vraie, d'origine réflexe, comme en ont cité pour les traumatismes du bras ou du thorax Cahen, Blackwal, Jurine (chez leurs blessés, en effet, on ne trouve aucune des trois formes que nous avons étudiées) ou Thurn, chez les soldats soumis à des marches forcées.

Mais l'angoisse simple se retrouve avec grande fréquence.

V... (Obs. II) ressent une douleur permanente, spontanée, au-dessous du mamelon, fixe, disparaissant rarement, accompagnée de sensation d'angoisse et de battements dans les vaisseaux du cou.

F... (Obs. VI) se plaint de souffrir constamment de la tête. Le siège de cette douleur est très variable. Elle est ordinairement supportable; mais à certains moments elle s'exaspère et s'accompagne alors d'étourdissements et de vertiges en même temps que d'angoisse et d'un malaise indéfinissable.

L... (Obs. XIV) présente de l'angoisse et un désespoir morne.

Enfin D... (Obs. XIII) ne peut ni coudre, ni lire, ni supporter une conversation un peu prolongée, parce qu'alors elle est prise de maux de tête, puis d'angoisse et d'un malaise extrêmement pénible qu'elle ne peut définir.

Aucun de ces cas ne rappelle *l'angine de poitrine*;

nous n'y retrouvons ni la douleur poignante rétro-sternale ou précordiale, ni la sensation de constriction avec angoisse parfois effroyable, ni surtout les irradiations douloureuses dans l'épaule et le bras gauche.

Enfin la crise ne se termine pas par de la perte de connaissance, des crises de larmes ou une évacuation abondante d'urines.

SYMPTÔMES NEURASTHÉNIQUES

Les stigmates neurasthéniques se retrouvent chez certains malades, accompagnant les manifestations hystériques qui, elles, sont à peu près constantes.

La céphalée manque rarement, on verra à la lecture de nos observations qu'elle existe dans presque toutes celles où elle a été recherchée — et qu'elle affecte les formes les plus diverses : sensation de casque, de cercle, de vide, de douleur — parfois, mais rarement, de ballotement du cerveau.

Son intensité est très variable ; très bénigne chez certains malades elle peut présenter chez d'autres une violence exceptionnelle. Elle est continue ou intermittente. Dans le premier cas elle est en général exagérée par la fatigue physique ou morale, les émotions.

L'insomnie est fréquemment notée. Certains malades ont beaucoup de peine à s'endormir et leur court sommeil est entrecoupé de cauchemars terribles ; ils se réveillent en sursaut. D'autres ne dorment pas du tout. Tous se réveillent fatigués, courba-

turés, la tête lourde, avec une céphalée plus ou moins violente. Ce symptôme est l'un de ceux qui prêtent le plus, de la part du malade, à l'exagération.

Le sommeil de B... est mauvais (Obs. VIII). Les rêves les plus pénibles se prolongent pendant la veille. A plusieurs reprises, il a, la nuit, forcé sa femme à descendre avec lui dans la rue, à la cave : d'autres fois il reste assis sur son lit, veut travailler et alors on le voit répéter d'une manière tout automatique des actes dont il avait l'habitude.

Le sommeil de F... (Obs. XV) est mauvais, interrompu souvent par des cauchemars et des peurs.

Il est peu d'observations où ce symptôme ne soit noté.

Les modifications des fonctions intellectuelles sont à peu près constantes.

Quelques malades sont incapables de fixer leur *attention*.

F... (Obs. VI) ne peut prolonger un peu une lecture, faire plusieurs parties de cartes consécutives, tenir quelque temps la tête inclinée sans éprouver la sensation de fatigue et d'épuisement qui marque le début d'une céphalée très violente accompagnée d'étourdissements et de vertiges.

La *mémoire* est souvent diminuée.

M. B... (Obs. VIII) ne peut plus lire ; il comprend cependant encore ce qu'on lui dit, mais il ne garde rien. Si bien que, voulant lire, il ne trouve aucun sens à ce qu'il lit ; la première ligne est oubliée déjà quand il arrive à la troisième.

Les troubles de *la volonté* peuvent atteindre une intensité considérable, les malades en arrivent parfois à être incapables de prendre une décision.

Mais les trois phénomènes qu'on retrouve le plus fréquemment sont : *l'inquiétude, les troubles du caractère, l'émotivité*. Ce qui frappe surtout chez X... (Obs. XIV) c'est l'expression de tristesse profonde dont lui-même ne peut se rendre compte ; il ne se trouve pas gravement blessé, il est fermement convaincu qu'il pourra reprendre très prochainement son service, et cependant il est constamment en proie à un désespoir morne. Aux premiers mots sur ce sujet les larmes lui viennent aux yeux.

M. B... (Obs. VIII) est profondément attristé ; il devient larmoyant, et, par moment, colère ; pour des motifs futiles, il entre dans des accès subits d'emportement maniaque, qui tombent bien vite d'ailleurs, et après lesquels il fond en larmes en s'excusant.

D'autres malades deviennent sombres, recherchent la solitude — ou facilement irritables — et ne peuvent trouver d'occupations qui leur conviennent.

L'asthénie musculaire est plus ou moins accentuée. On la rencontre dans presque toutes les observations. La sensation de lassitude générale est dans bon nombre de cas plus accentuée le matin.

La rachialgie qui est plus rare que les phénomènes précédents, dans l'hystéro-traumatisme, peut être intermittente ou continue.

C'est plutôt une sensation pénible qu'une douleur

vive. Cependant on peut observer des douleurs véritables, des élancements violents.

X... (Obs. III) a dans les reins une douleur permanente, consistant plutôt en une sensation de pesanteur et de fatigue qu'en une douleur violente. Les maux de reins surviennent le matin ; ils se dissipent quelques heures après le lever.

La rachialgie est en général un symptôme fort tenace.

Les *troubles digestifs* sont notés dans nombre de cas.

L'anorexie, la lenteur de la digestion gastrique, la sensation de poids, de barre, de brûlure au niveau de la région épigastrique, le ballonnement, sont les plus fréquents.

Les *vertiges*, à un degré peu intense, consistent dans un sentiment d'instabilité, intermittent en général, continu parfois, éprouvé par le malade qui ne se sent pas solide sur ses jambes.

Plus accentué, il se manifeste sous forme de véritable crise : déplacement des objets autour du malade — sensation d'entraînement en divers sens.

Ils coïncident fréquemment avec les étourdissements.

F... (Obs. XV) se plaint de maux de tête siégeant surtout du côté gauche. Ces douleurs sont perpétuelles, mais elles s'exaspèrent à certains moments et s'accompagnent alors de vertiges, d'étourdissements ; le malade ressent un malaise extrême ; il pâlit, sa

peau se couvre de sueurs et parfois il perd connaissance.

Les crises qui durent de 20 à 30 minutes surviennent plusieurs fois par semaine.

M. T... (Obs. VI) se plaint de souffrir constamment de la tête. Le siège de cette douleur est variable. Elle est ordinairement supportable, mais, à certains moments, elle s'exaspère et s'accompagne alors d'étourdissements et de vertiges en même temps que d'angoisse et d'un malaise indéfinissable.

Les troubles de la vision sont fréquents.

Le plus intéressant est l'asthénopie accommodative.

Le malade se fatigue rapidement en lisant. Au bout d'un temps variable, les lettres se troublent, les yeux s'emplissent de larmes.

L... (Obs. VII) se plaint d'étourdissements fréquents; ils surviennent à coup sûr quand il tient la tête baissée et s'accompagnent alors de troubles visuels (éblouissements, scotomes). La vue se brouille du reste très vite quand il veut lire ou regarder attentivement quelque objet et il éprouve alors des maux de tête.

J... (Obs. IV) présente, indépendamment d'une céphalée occipitale, une zone douloureuse au niveau de la tempe gauche, de fréquents éblouissements, des vertiges; quand il veut lire, la vue nette d'abord ne tarde pas à se fatiguer; les lettres se mettent à danser, puis se troublent.

Du côté de l'ouïe, on trouve parfois de l'hyperacousie, mais surtout des battements et des bourdonnements d'oreilles.

L'asthénie musculaire coïncide parfois avec le *tremblement*, et même avec l'agitation motrice : si la plupart des malades éprouvent une sensation constante de lassitude, d'autres ne peuvent tenir en place.

Les *douleurs* sont extrêmement variées.

Les palpitations, les troubles vaso-moteurs, les troubles respiratoires (respiration, dyspnée) se rencontrent fréquemment.

Nous n'avons pas trouvé d'exemple de *neurasthénie génitale*.

SYMPTOMES HYSTÉRIQUES

Nous insisterons un peu sur ce chapitre, car bien que nous ne retrouvions ici que des symptômes communs à toutes les formes de l'hystéro-traumatisme, *il est utile de montrer que dans toutes nos observations l'hystérie se retrouve, se manifestant par des phénomènes multiples et indiscutables.*

On retrouvera dans ce chapitre les principaux stigmates de l'hystérie, psychiques et somatiques.

Les troubles sensitivo-sensoriels se retrouvent dans nombre d'observations.

V... (Obs. II) (certificat de M^r le Professeur Agrégé C...) présente le 13 juin 1903 au niveau de la jambe gauche de l'anesthésie en plaques régulières, de l'anesthésie pharyngée et du rétrécissement du champ visuel.

Le 21 novembre 1903, le professeur X... constate de l'hypoesthésie de tout le côté gauche. — Le 4 janvier 1904, on s'aperçoit que le malade est insensible à la piqure du côté gauche, aussi bien à la face qu'aux membres; la sensibilité au contact est très diminuée; il en est de même de la sensibilité à la température. Il a de l'anesthésie pharyngée. On note une hémianesthésie de la muqueuse nasale gauche au contact.

Le mamelon gauche est moins sensible que le droit. La plante du pied de ce côté est insensible au chatouillement. Au contraire, la zone pseudo-ovarienne et le testicule gauche sont plus sensibles. Il n'y a pas d'hyperesthésie rachidienne.

Le malade présente donc l'anesthésie du côté gauche si fréquente, que Briquet, sur 240 hystériques a trouvé 93 fois l'hémi-anesthésie et 70 fois du côté gauche. De même M. Pitres l'a trouvée 14 fois de ce côté sur 18 cas. L'anesthésie musculaire explique chez notre blessé son asthénie. Toutefois elle n'occasionne pas de troubles fonctionnels notables et ne cause qu'une légère claudication. Elle paraît être chez notre malade d'une fixité remarquable puisqu'elle persiste au bout de 2 ans. Elle est néanmoins un peu variable car elle n'offrait pas exactement les mêmes caractères lors des trois examens successifs pratiqués à quelques mois d'intervalle.

Notre malade offre un bel exemple de *la diminution de sensibilité des muqueuses et organes des sens*.

Nous n'avons pas retrouvé de surdité hystérique complète, phénomène d'ailleurs assez rare, mais nous voyons chez J... (Obs. IV) (certificat des Docteurs Raymond, Gilbert, Ballet, Gérard-Marchant); des troubles accusés du côté de l'ouïe. L'audition est considérablement diminuée.

La *muqueuse bucco-pharyngée* (1), est très souvent insensible.

(1) Il nous semble utile de rappeler ici comme le fait M. Souques, que la valeur de l'anesthésie pharyngée a été récemment contestée; MM. Cadet de

La présence chez V... (Obs. II) de l'*hémi-anesthésie de la muqueuse nasale* gauche va à l'encontre de l'opinion de Lichtwitz.

Les *troubles oculaires* présentent une grosse importance. La recherche de l'insensibilité de la conjonctive n'a pas été faite, mais le *rétrécissement du champ visuel* se retrouve très fréquemment : si l'ouïe de V... (Obs. II) est seulement un peu diminuée à gauche il n'y a aucun doute, même à un examen grossier, sur l'existence d'un rétrécissement visuel surtout du côté gauche, portant surtout sur l'axe vertical.

J. . (Obs. IV) présente un rétrécissement très marqué du champ visuel, des 2 côtés, surtout à gauche ; on retrouve le même phénomène chez L... (Observation VII)

Un phénomène plus rare et très intéressant se retrouve chez R... (Obs. II), qui ne présente pas de rétrécissement du champ visuel mais un peu d'indécision pour reconnaître les couleurs. Il s'agit évidemment d'une légère *dyschromatopsie*.

L'hyperesthésie étudiée par Sydenham et Brodie,

Gassicourt et Rendu (Soc. méd. des Hopitaux 1892) ont avancé que la muqueuse du pharynx est souvent insensible chez des individus normaux, en particulier chez beaucoup d'enfants non hystériques. Nous pensons, personnellement, que ce signe a une valeur séméiologique restreinte et même douteuse, et nous croyons avec M. Mossé (Association française pour l'avancement des sciences, Congrès de Pau 1842) que l'anesthésie pharyngienne et épiglottique à moins qu'elle ne soit absolue et surtout qu'elle ne coïncide avec d'autres stigmates de l'hystérie, ne saurait conserver la valeur qu'on lui a longtemps attribuée dans l'étude des stigmates de la névrose.

bien connue seulement depuis les travaux de Charcot, se retrouve dans plusieurs de nos observations : X... (Obs. III) ne présente pas d'hémi-anesthésie, mais le mamelon gauche est hyperesthésié, et il en est de même de tout le côté gauche.

K... (Obs. XVI) présente une hyperesthésie bien nette de tout le côté gauche du corps.

Nous ferons remarquer que X... présente une zone *hystérogène* au-dessous du mamelon gauche.

De même V... (Obs. II) présente de l'hyperesthésie de la zone pseudo-ovarienne gauche et du testicule.

Nous ne parlons pas ici des douleurs spontanées observées au niveau du rachis, et que nous avons rattachées à la neurasthénie. L'hyperesthésie rachidienne, dans ces cas, n'a pas été recherchée.

Les *stigmates moteurs* sont fréquents.

L'*amyosthénie* est notée dans plusieurs observations; par exemple V... (Obs. II) se plaint d'être très fatigué le matin; cette fatigue persiste quoique un peu atténuée dans la journée; à la main droite, il amène 19 au dynamomètre; avec la gauche, 4 seulement. La jambe gauche paraît un peu plus faible que la droite, sans qu'on puisse toutefois l'affirmer, car il s'agit de signes subjectifs. Il n'y a pas d'atrophie musculaire.

Les *réflexes*, suivant la règle, restent en général normaux. M. Pitres qui a étudié le réflexe rotulien chez 1200 individus sains et 85 hystériques, n'a pas trouvé un pourcentage sensiblement différent chez

ces deux catégories de sujets, au point de vue de l'abolition de ce réflexe.

La *syncinésie*, l'*allocinésie*, l'*hétérocinésie* ne sont notées dans aucune observation.

Les *stigmates mentaux* se retrouvent chez presque tous les malades. Si, comme nous l'avons exposé plus haut, l'imagination ne nous paraît pas pouvoir être la cause originelle et suffisante de la tachycardie ou du pouls lent permanent, elle manifeste sa présence à l'occasion des accidents concomitants.

L'hystérique est un être extraordinairement crédule et chez lui une idée, une suggestion intérieure ou extérieure prend de suite des proportions énormes, envahit l'esprit au point de l'obséder, de faire naître une hallucination et de se traduire objectivement par un aspect clinique approprié.

Dans toutes les observations où les troubles mentaux ont été recherchés, on les a notés. C'est ainsi qu'on voit, chez plusieurs de nos malades l'*amnésie systématisée ou localisée*. Nous n'avons pas vu d'exemple d'amnésie générale ou continue.

L'*aboulie* est manifeste dans plusieurs cas.

Ces troubles de la volonté et de la mémoire entraînent une diminution notable de l'intelligence. Souvent les malades sont incapables de fixer l'attention. Les facultés émotives et affectives, le caractère subissent le contre-coup de cet état mental. Chez l'homme, contrairement à ce qu'on observe chez la femme, l'hystérie gaie est rare ; elle affecte beaucoup

plus souvent la forme mélancolique, sans doute à cause de sa coïncidence avec la neurasthénie.

L'émotivité est en général grande. R... (Obs. XVI) est devenue émotionnable au point de ressentir souvent de l'angoisse.

L'*irritabilité* est la conséquence directe de cette réaction émotive. Tel malade répond avec mauvaise humeur, souvent même avec colère aux questions qu'on lui pose. Il ne sourit jamais, il est manifestement désespéré et fatigué de vivre. Tel autre est devenu sombre, recherche la solitude ; il a des crises de désespoir et de larmes que lui même trouve ridicules ensuite. D'autres malades sont toujours sombres, moroses, inquiets, fréquemment préoccupés de leur avenir ; ils ne s'intéressent à rien et sont larmoyants. Un malade de Grasset avait même des idées de persécution. Convaincu qu'il était atteint d'une maladie incurable, il pensait sans cesse à mettre fin à ses jours, et une fois il avait tenté de se suicider en se jetant à la Seine.

Cet exemple vient à l'encontre des idées de Taguet Legrand du Saulle et Huchard qui pensent que le suicide des hystériques n'est qu'une comédie préparée, et appuierait l'opinion de MM. Ritti et Pitres, qui croient au contraire que la mise en scène n'est pour rien dans ces tentatives, qui ont pour caractères d'être soudaines, instantanées, déterminées souvent par une contrariété mesquine.

Les *attaques convulsives* se retrouvent avec tous leurs signes classiques dans l'observation I. Chez F...

en effet, la grande attaque hystérique régulière et complète est caractéristique. S'il prétend ne pas sentir venir ses crises, il a pourtant une sensation d'étouffement et cherche à se dégraffer. C'est l'aura. Il tombe ensuite et sa crise passe alors par ses quatre périodes classiques.

La *première période, épileptoïde* ouvre la scène et présente ses trois phases : tonique, clonique et résolutive. Le corps à ce moment est en résolution musculaire complète ; il est dans le décubitus dorsal, la face congestionnée et légèrement bouffie, les yeux fermés ; il y a un véritable stertor et la salive battue s'écoule des lèvres entr'ouvertes.

La *seconde période* chez notre malade n'est pas moins nette. C'est la *période des contorsions et des grands mouvements*. F... présente très nettement le phénomène de l'arc de cercle ; puis il passe par la phase dite des grandes salutations, dans laquelle il lance les jambes, puis le corps en avant.

La *troisième période, dite des attitudes passionnelles ou des poses plastiques*, et la *quatrième période de délire*, se retrouvent beaucoup moins nettement chez notre sujet : après sa crise, il se relève le regard fixe, avec une période d'obnubilation très courte.

Cette grande attaque est toutefois exceptionnelle, et la plupart du temps F.... ne présente que de petites attaques hystériques. Il présente même des *attaques frustes* ; ses petites crises syncopales, avec sensations d'étouffement, ne sont pas autre chose.

Les attaques de somnambulisme hystérique n'ont pas été signalées.

Les accidents moteurs sont très fréquemment notés dans nos observations.

Si nous ne retrouvons pas d'exemple net de paralysie, nous voyons que les *contractures* sont fort bien décrites. Elles se retrouvent chez V... (Obs. II).

D.... (Obs. V) a la tête inclinée en avant au point que le menton toucherait le sternum si le malade ne portait un appareil destiné à empêcher le contact ; si on essaye de redresser la tête, on est arrêté par une résistance insurmontable. Quant aux mouvements de latéralité, ils s'accomplissent dans presque toute leur étendue.

Pour remédier à cette position anormale, D... rejette les épaules en arrière et creuse autant que possible la portion dorso-lombaire du rachis ; il garde constamment cette attitude bizarre qui l'empêche de travailler.

B.... (Obs. VIII) présente du côté gauche de la face une contracture permanente et des secousses convulsives fréquentes.

Ces contractures ont un début variable, brusque ou graduel, précédé ou non de prodromes ; le spasme des muscles atteints est considérable, et capable de résister aux tentatives les plus violentes : elles persistent pendant le sommeil et la chloroformisation seule les fait cesser.

Les *tremblements* sont intenses chez plusieurs malades :

Chez J.... (Obs. IV) les membres supérieurs dont la force est réduite, sont animés d'un tremblement à petites oscillations assez rapides, qui ne cesse pas dans l'exécution des mouvements, mais diminue cependant quand le malade cherche à boutonner son paletot. Il s'exagère dans la position du serment. Le tronc lui-même est trémulant de même que la langue lorsqu'elle est tirée hors de la bouche, et MM. Raymond, Gilbert, Ballet et Gérard-Marchant concluent : « ce tremblement présente tous les caractères d'un tremblement hystérique.

P.... (Obs. VI) présente un léger tremblement fibrillaire des muscles de la face, spécialement du côté droit, qui se manifeste à l'occasion d'une émotion.

Il nous semble cependant qu'il s'agirait plutôt ici d'*hémispasme*.

D.... depuis son accident, a constamment un tremblement, ou plutôt une vibration analogue à celle du goitre exophtalmique, qui, à certains moments, devient beaucoup plus ample aux mains, aux muscles du visage.

Nous n'avons trouvé dans nos observations ni *névralgies hystériques*, ni *angine de poitrine*, ni *mi-graine ophtalmique*. Quant à la *céphalalgie*, elle nous a paru dans plusieurs cas être plutôt sous la dépendance de la neurasthénie concomitante ; on conçoit combien cette question est difficile à résoudre lorsque les deux névroses sont associées.

Les *troubles trophiques* sont rares ; nous avons retrouvé chez R.... (obs. II) un *dermographisme extrême*.

mement accusé, qui se remarque non seulement sur toute l'étendue de la peau, mais encore sur la muqueuse du palais et des joues. C'est un mois après l'accident que ce phénomène est apparu ; après une journée où R.... aurait éprouvé une vive contrariété, il a été pris d'une vaste éruption d'urticaire qui l'a obligé à rentrer à l'hôpital.

Bien que la plupart des malades présentent des troubles digestifs accentués, et quelques-uns des troubles respiratoires, nous ne pensons pas que les caractères de ces accidents soient suffisants pour être chez eux des manifestations de l'*hystérie digestive* ou *respiratoire*.

DIAGNOSTIC

La plupart des accidents de l'hystéro-traumatisme peuvent être simulés : tantôt le malade, que son *entourage* plaint trop vivement, s'autosuggestionne et exagère. D'autres fois la simulation est réelle, et il existe de nombreux exemples d'agents d'affaires plus ou moins honnêtes ayant appris aux blessés à simuler une affection.

Elle se rencontrerait, pour Oppenheim, 4 fois sur 100, pour Seeligmuller, 25 pour 100, pour Hoffman, 33 pour 100, pour Schültze, 36 fois sur 100.

De nombreux travaux ont été faits sur ce sujet : Mankoff, Muller, Betcherew, Fuchs, Strauss (de Berlin), de Lapersonne et nombre d'autres ont préconisé tel signe qui permet de dépister la simulation.

Dans la majorité des cas qui font l'objet de ce travail, la même incertitude n'est pas permise. Il existe manifestement des troubles cardiaques d'une intensité plus ou moins considérable, mais toujours suffisants pour empêcher le malade de se livrer au travail. Le blessé ne peut guère simuler un pouls lent permanent, une tachycardie paroxystique.

Les palpitations seules pourraient être feintes. En effet la notion de la fréquence plus grande des battements cardiaques n'a rien à voir avec les palpitations : celles-ci peuvent être très violentes et le cœur ne pas battre plus vite. En outre l'intensité des battements du cœur est un phénomène accessoire. Enfin, d'après M. Huchard, chez les hystériques, si les palpitations nerveuses peuvent exister réellement, elles peuvent aussi être fausses. Certains hystériques ont une hyperesthésie telle de la paroi thoracique qu'ils sentent battre leur cœur sans que pour cela les contractions cardiaques soient plus fréquentes ou plus fortes qu'à l'état normal. Aussi ces palpitations fausses disparaissent-elles en même temps que l'état d'hyperesthésie qui les a fait naître.

On conçoit combien ce diagnostic peut présenter de difficultés. C'est alors que la constatation des accidents hystériques concomitants et la recherche des signes cités plus haut rendront les plus grands services.

Un point intéressant du diagnostic est le suivant : ce qui explique que les phénomènes cardiaques hystéro-traumatiques n'aient pas attiré plus tôt l'attention des observateurs, c'est qu'ils sont en général non perçus par le sujet, qui ne s'en plaint donc pas.

B... (Obs I) au repos n'a pas de palpitations ; il n'a pas conscience de l'état de son cœur (pouls lent permanent.)

L... (Obs. VII) à un mois d'intervalle, est dans le même état ; son pouls est constamment entre 100 et

120, un peu irrégulier quant à la force des pulsations. Le blessé n'a pas conscience de cette particularité.

Le pouls de V... (Obs. XV) est irrégulier; les pulsations sont inégales quant à leur force et à leur fréquence, sans que le malade en ait d'ailleurs conscience.

F... (Obs. VI) présente une grande accélération du pouls qui est constamment entre 115 et 124 avec de légères irrégularités; le blessé n'en a d'ailleurs pas conscience.

D... (Obs. V) présente une notable accélération du pouls (120 à 160) dont il n'a pas conscience.

Une autre difficulté se présente parfois: un malade anciennement atteint de tachycardie, d'arythmie ou de bradycardie pourra prétendre rattacher ses accidents au traumatisme. Il sera en général facile, par une enquête minutieuse sur la santé antérieure du sujet, de connaître la vérité. D'ailleurs au point de vue de la loi sur les accidents du travail, le cas doit se présenter rarement, car il serait impossible à un ouvrier atteint d'une de ces affections de se livrer à une occupation fatigante — Mais la chose reste possible pour certains traumatismes tels que les accidents de chemin de fer.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'hystéro-traumatisme est toujours sérieux ; celui de la forme cardiaque nous paraît être particulièrement grave.

Pearce Bailey considère l'hystérie traumatique comme une folie décevante dans laquelle le malade perd toute activité et toute énergie pratique parce qu'il croit à son incapacité. Elle est d'autant plus grave que le malade est plus âgé et que son état de santé antérieur est moins bon.

Charcot avait coutume de dire que cette idée d'impotence née en dehors du contrôle de la conscience s'implante à la façon d'un parasite et n'est pas expulsée facilement.

Ce pronostic est difficile à établir d'une façon absolue, car la plupart des observations recueillies sont incomplètes en ce sens que les malades souvent ne sont pas suivis assez longtemps.

M. Vibert a cherché à retrouver quelques-uns des blessés dont l'histoire lui semblait avoir le plus d'intérêt, mais les démarches auxquelles il s'est livré sont restées le plus souvent sans succès.

Néanmoins, la grande majorité des observations de notre travail prouvent que l'hystéro-traumatisme cardiaque est une affection grave aboutissant presque toujours à la chronicité.

B... (Obs. I) au bout de 6 ans est toujours dans le même état; il a constamment 36 pulsations à la minute et ses attaques d'hystérie sont tout aussi fréquentes et intenses.

V... (Obs. II) pendant un an, à la suite de son accident, a présenté de la tachycardie permanente. Au bout de deux ans, la tachycardie est devenue paroxystique et trois à quatre fois par jour il a encore de terribles crises.

J... (Obs. IV) au bout de 4 ans ne s'est pas amélioré; son cœur a toujours une tendance notable à la tachycardie.

D... (Obs. V) a un état général excellent, sans aucun trouble cérébral, mais le pouls est constamment accéléré et on ne l'a jamais trouvé au-dessous de 110.

L... (Obs. VII) présente, à un mois d'intervalle, un pouls qui bat constamment entre 100 et 120, un peu irrégulier.

B... (Obs. VIII) dont le pouls est resté pendant deux ans après l'accident, au lieu de s'améliorer, voit tous ses troubles s'accroître.

L'état de R... (Obs. XI) n'a subi aucune amélioration 6 mois après le traumatisme.

B... (Obs. XII) après plus de deux mois, s'est amélioré sur tous les points, à l'exception d'un seul : le

pouls était tout aussi irrégulier que lors du premier examen.

Le pouls de H... (Obs. XVII) au bout de 4 ans présente encore 84 à 92 battements à la minute.

Dans les cas analogues à celui de l'observation II, il est normal de penser que la tachycardie, si elle continue à rester paroxystique, aboutira comme presque toujours à l'asystolie.

En tout cas, cette forme est particulièrement grave puisque M. Bouveret, sur onze observations de tachycardie paroxystique recueillies par lui, n'a vu qu'un seul malade qui pût être considéré comme guéri absolument.

Il faut se souvenir aussi que certains auteurs, Wassilief entre autres, prétendent que la tachycardie peut, par sa longue durée, entraîner des altérations cardiaques, myocardite trophique par exemple; ceci est d'ailleurs logique, car il est permis de penser qu'il peut se produire une névrite des nerfs cardiaques suivie de la dégénérescence graisseuse des fibres musculaires.

Nous pouvons en dire autant des palpitations; il est évident que lorsque les crises sont fréquentes, rapprochées et douloureuses à la fois, elles ont grande tendance à augmenter la susceptibilité nerveuse qui les a causées; elles exercent, sur les idées et le caractère, une influence considérable; elles amènent rapidement le découragement et la tristesse; elles causent la neurasthénie et peuvent même conduire au suicide. Elles pourraient produire l'hypertrophie

cardiaque et les accidents circulatoires de la maladie de Basedow.

Nous ne pouvons, d'après une seule observation, établir le pronostic du pouls lent permanent ; rappelons toutefois qu'on le considère généralement comme pouvant guérir, lorsqu'il est consécutif à un traumatisme. Or, la durée moyenne de la maladie de Stokes Adam, dans les autres cas est de 3 à 4 ans, et notre malade est depuis 6 ans dans le même état. Il est donc possible qu'il arrive à guérir.

Nous ne pensons donc pas qu'on puisse dire dans tous ces cas : que le malade peut guérir demain... que bien plus il peut être subitement guéri à la sortie d'une audience où il aura obtenu un jugement favorable, et nous croyons que le pronostic de toutes les formes de l'hystéro-traumatisme cardiaque est grave.

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE.

Il nous reste maintenant à étudier une partie très intéressante de notre sujet, le point de vue médico-légal.

Nous rentrons forcément un peu dans le cas de l'hystéro-traumatisme en général, car à part quelques cas, les blessés présentent leurs troubles cardiaques associés aux diverses manifestations de l'hystérie.

La loi sur les accidents du travail promulguée le 9 avril 1898, ne comprend aucun paragraphe concernant l'hystéro-traumatisme ; c'est là une lacune que le législateur devrait combler.

Il nous semble utile de faire remarquer que dans cette voie la France a été précédée par de nombreux pays. En effet, la Suisse en 1881, l'Allemagne en 1884, l'Autriche le 23 décembre 1887, la Norvège le 23 juillet 1894, l'Angleterre le 6 août 1897, le Danemark le 15 janvier 1898, l'Italie le 17 mars 1898, possédaient déjà une loi régissant ces accidents.

Mais comme le dit Thoinot, c'est surtout la loi allemande qui a créé un mouvement considérable

scientifique et professionnel dont la connaissance importe aux médecins français.

Des études nombreuses sont en effet, dans ce pays, consacrées à l'interprétation de la loi. La plus intéressante nous paraît être celle de Becker.

En France, les travaux les plus récents concernant l'étude médico-légale de l'hystéro-traumatisme sont les livres de M. le professeur Raymond, de M. Georges Brouardel, de Rohmer, et le remarquable ouvrage de M. le docteur Thoinot.

« C'est, dit M. Thoinot, une des questions les plus difficiles que la loi de 1898 ait posées aux médecins. » Les magistrats chargés de régler l'indemnité à un hystéro-traumatisé se tournent vers nous et nous demandent si le sujet guérira, et dans quel délai, ou s'il doit et dans quelle mesure, être traité comme atteint d'incapacité permanente.

Et si nous appliquons cette question à la forme cardiaque de l'hystéro-traumatisme, nous devons envisager deux points de vue :

1^o) Les malades sont atteints de névrose cardiaque pure ou coïncidant avec des phénomènes purement hystériques.

2^o) Ces accidents coïncident avec des phénomènes hystériques et neurasthéniques.

Le pronostic est bien différent dans les deux cas.

Il est toujours permis d'espérer voir guérir les blessés de la première catégorie, tant que la neurasthénie ne vient pas s'ajouter à leurs autres accidents.

Mais dès qu'ils deviennent neurasthéniques, la ca-

pacité de travail se trouve singulièrement diminuée, et le pronostic très assombri.

Il nous paraît utile de définir ici la capacité de travail afin de montrer combien elle est diminuée dans l'hystéro-traumatisme cardiaque. Cette définition est chose difficile et, en Allemagne surtout, de nombreuses discussions ont eu lieu sur ce point.

Un très intéressant jugement d'appel de l'office impérial allemand des assurances, du 26 novembre 1887, précisant la signification à donner à la capacité du travail, est le suivant :

« Pour apprécier d'une manière générale la capacité de travail d'un blessé; on ne prendra pas en considération exclusive le genre de travail exécuté jusqu'alors par lui, non plus que le salaire qu'il sera encore en état de gagner dans l'avenir. Ce qu'il faut envisager surtout, c'est d'une part l'état physique et intellectuel comparé à ce qu'il était avant l'accident, et d'autre part, ce point est très important, les chances qui lui restent de pouvoir encore exercer une profession rémunératrice ; il faut donc fixer sa capacité professionnelle future. La loi exige la réparation du préjudice pécuniaire résultant de sa blessure, et ce préjudice se mesure d'après l'amointrissement du champ d'utilisation des connaissances et des aptitudes du blessé comme aussi d'après la simulation qui lui est désormais imposée dans le choix des professions qui s'offrent à son activité sur le marché du travail.

Il nous semble logique, en effet, lorsqu'on aura à

se prononcer sur un accident du travail, de tenir compte non seulement du métier actuel exercé par l'intéressé, mais aussi de toutes les professions qui ont quelque analogie avec son genre de travail antérieur, et qu'il pourrait pratiquer sans devoir se soumettre à un nouvel apprentissage.

Si on adopte cette définition de la capacité du travail, on voit de suite que le nombre de professions permises à nos malades sera restreint, puisque ce sont tous des travailleurs manuels, et que toute la catégorie des ouvrages pénibles leur sera interdite jusqu'à guérison complète.

La question est de savoir si celle-ci est possible !

Dans la forme hystérique pure, nous répondrions volontiers oui, encore que dans nos observations ces exemples soient bien rares.

Dans la forme hystéro-neurasthénique la curabilité nous paraît beaucoup plus problématique.

Comme le dit Thoinot : « Quand vous aurez vu quelques neurasthéniques ou hystéro-neurasthéniques, vous comprendrez vite quel rôle le souci du règlement de leur affaire occupe dans leur préoccupation. Ce souci est une véritable épine enfoncée dans leur cerveau et il exerce une influence des plus manifestement fâcheuses sur leur neurasthénie cérébrale. »

« Une des meilleures preuves qui puisse en être donnée, c'est la guérison rapide qui survient dans maints cas où la simulation ne saurait être admise à la suite de la terminaison heureuse des contestations

judiciaires où est engagé le neurasthénique, à propos de son accident. Quand son sort pécuniaire est réglé, et réglé à sa satisfaction, on voit le malade se rétablir rapidement ; la terminaison heureuse du procès est, si vous voulez, la fin d'une obsession pour lui ; c'est une sorte de délivrance psychique ; et le cerveau, libre d'un grave souci, est désormais en bonne situation pour revenir à l'état normal antérieur. »

M. le professeur Raymond professe la même opinion : « La vérité est que les préoccupations en rapport avec une instance judiciaire entretiennent et aggravent les manifestations de la névrose traumatique chez des personnes qui ont à compter avec les soucis de la lutte pour la vie, et il n'est pas étonnant que le gain d'un procès, l'attribution d'une rente viagère ou d'une indemnité exercent une influence salubre, parfois même curatrice sur ces manifestations. »

Il existe une véritable neurasthénie de procédure. Elle commence avec l'enquête du juge de paix et se poursuit avec l'instance devant le tribunal, le recours en appel, augmentée et aggravée par tous les actes de procédure et aussi par tous les examens des médecins du patron ou de l'assureur, des experts désignés par le juge de paix, le tribunal, la cour.

Ce fait est si connu que certains auteurs ont même prétendu (Hoffmann par exemple) que la névrose traumatique était uniquement la conséquence de la législation nouvelle sur les accidents du travail.

Secrétan l'a même appelée la névrose de l'assurance. « Dès qu'un de ces assurés atteint de la névrose de l'assurance a touché une indemnité ou perdu tout espoir de succès, la névrose s'évanouit, la paralysie disparaît avec l'atrophie... »

Brissaud, Blum, Fabre citent de nombreux exemples de ce fait.

Mais la neurasthénie traumatique a toujours existé :

Charcot a cité des exemples de blessés qui en furent atteints, par exemple à la suite de morsure de chien : la maladie se développa nettement sous l'influence de l'inquiétude du blessé sur son état physique et ses craintes pécuniaires.

Elle paraît être devenue plus fréquente aujourd'hui, parce que tous les blessés industriels qui en sont atteints sont examinés, alors qu'autrefois, ils échappaient à l'observation médicale.

Un premier point est donc acquis : Les préoccupations en rapport avec une instance judiciaire entretiennent et aggravent les manifestations de l'hystéro-neurasthénie traumatique.

L'ensemble de nos observations paraît démontrer que la variété cardiaque est beaucoup plus tenace que la forme ordinaire, et l'on ne peut dire d'elle comme de la seconde que la terminaison comporte en elle-même une terminaison favorable (Page, Judd, Davidson, Price, Benedikt, Sanger, Blum, Fabre.)

Et nous nous rangeons beaucoup plutôt à l'avis de Erichsen, Oppenheim, Vibert et Bouveret ; notre opinion comme la leur est assez pessimiste. Il suffit

de lire nos observations et de voir que très longtemps après l'accident (six ans, Obs. I), dix-huit mois (Obs. II), trois ans (Obs. IV), dix-huit mois (Obs. V), etc., l'état des malades est resté stationnaire ou s'est aggravé.

Dans quelques observations même, certains malades se rapprochent singulièrement de la vésanie.

Et nous nous rangeons volontiers à l'avis du Professeur Raymond :

« Dans la très grande majorité des cas, les manifestations de l'hystéro-traumatisme (et nous ajouterons le mot cardiaque) sont susceptibles d'être considérablement atténuées : on peut même obtenir des améliorations qui équivalent à des guérisons, mais les récidives sont presque fatales ».

« Il est rare que la névrose traumatique n'entraîne pas une incapacité relative de travail durable ou intermittente ».

Toutes ces difficultés sont encore augmentées dans certains cas ; nous avons vu qu'en présence d'un malade qui se plaint seulement de palpitations, la simulation est possible. De nombreux examens permettront néanmoins de la dépister.

Mais lorsqu'il s'agit d'une tachycardie, d'un pouls lent permanent, il sera souvent impossible de dire si ces accidents existaient antérieurement au traumatisme.

Dans ces cas en effet deux ennuis peuvent se présenter (surtout si comme dans plusieurs de nos observations les phénomènes cardiaques existent seuls.

1° Un blessé se sachant atteint d'une de ces maladies peut la rapporter à un traumatisme.

2° Un hystéro-traumatisé cardiaque peut se voir refuser par un médecin d'assurance un certificat constatant que l'accident est la cause de sa tachycardie ou de sa bradycardie.

Il nous semble que dans l'intérêt aussi bien de l'ouvrier que du patron il y aurait nécessité pour le premier de se soumettre avant son entrée à l'atelier à un examen médical constatant le bon état de ses divers organes, en particulier de son cœur.

Le point capital, dans ces cas, sera de tâcher d'avoir tous les renseignements possibles sur le passé du sujet. Il faudra se renseigner par tous les moyens possibles sur l'état de santé antérieur et contrôler les témoignages personnels, car on sait avec quelle facilité le blessé est disposé, même avec la plus entière bonne foi, à attribuer à l'accident le plus léger des maladies dont il est atteint depuis longtemps.

C'est en utilisant toutes ces données qu'il sera possible de fournir aux magistrats les éléments d'une réponse qui apporte une solution convenable à l'affaire qui leur est soumise.

A ce propos M. Thoinot conclut ainsi ;

« Les magistrats vous demandent : Y a-t-il dans le cas présent incapacité définitive, partielle ou totale, ou seulement incapacité temporaire ?

« Gardez-vous de répondre tout d'abord qu'il y a une incapacité définitive ; vous risqueriez d'être dé-

menti par les événements au lendemain même du jugement.

«Gardez-vous aussi de dire que le blessé guérira probablement dans tel délai que vous fixez. Les magistrats vous commettraient à nouveau pour examiner à nouveau le sujet à la date indiquée, et il y aurait chance pour vous de retrouver le malade dans le même état qu'à la première expertise,

«Gardez-vous enfin d'écouter trop les avis de l'école optimiste et de dire «Le sujet n'a ni incapacité définitive, ni incapacité temporaire; il n'a rien; il n'a qu'une névrose de circonstance ». Si par une exception qui se rencontre, votre malade allait demeurer hystéro-neurasthénique ou devenir aliéné ou se suicider, quelle singulière responsabilité morale n'auriez-vous pas assumée?»

« Il est en ces cas une solution adroite et équitable qui lésera au minimum les intérêts du défendeur et facilitera au maximum la guérison du demandeur en réglant sa situation d'une part et en l'obligeant d'autre part à reprendre son travail: c'est l'allocation d'une sorte d'indemnité à forfait, correspondant à une incapacité partielle permanente de faible degré. Il est de votre rôle d'en faire connaître tous les avantages pour le blessé même aux magistrats et vous pouvez vous exprimer ainsi: « L'affection que présente le sieur X... est une hystérie (ou hystéro-neurasthénie traumatique.) Cette affection est curable dans la grande majorité des cas et le règlement de l'affaire a toutes chances

d'exercer une influence favorable et de hâter la guérison.

« Il y a lieu de considérer le sieur X... comme atteint d'une incapacité permanente, mais partielle et réduisant sa valeur de ... (taux toujours faible, mais à établir suivant la gravité apparente du cas). »

« Si par exception vous avez fait erreur, si le cas d'espèce est de ceux qui ne doivent pas connaître la guérison, la procédure de révision est ouverte au plaignant. Mais 90 fois sur 100, vous aurez touché juste. »

« Telle est la solution de cette question si délicate à laquelle l'expérience a conduit un certain nombre de mes collègues et moi-même. »

« Elle est loin d'être parfaite, mais elle est encore celle qui semble la moins mauvaise, et ce n'est pas une quantité négligeable en l'espèce. »

Becker adopte une solution analogue.

« En général, dit-il, sauf dans les cas où de graves symptômes indiquent une cachexie générale, il convient d'accorder à ces sujets la moitié de la pleine rente, de façon à ce qu'ils se remettent au travail : puis au bout d'un temps assez long (un an) et en cas d'amélioration, on réduira la rente. »

Nous sommes entièrement de l'avis de ces auteurs, mais avec une légère restriction ; la phrase suivante : « La procédure de révision qui est ouverte au plaignant » est exacte, et l'article 17 de la loi du 9 avril 1898 modifié par la loi du 22 mars 1902 dit que « les jugements rendus en vertu de la présente loi sont susceptibles

d'appel selon la loi du droit commun » et l'article 19, que la demande en révision de l'indemnité fondée sur une aggravation ou une atténuation de l'infirmité de la victime, ou son décès par suite des conséquences de l'accident est ouverte pendant trois ans à dater de l'accord intervenu entre les parties ou de la décision définitive.

Mais nous nous demandons si la procédure de révision, longue et ennuyeuse ne risque pas de causer en cas de non amélioration une récidive aussi grave que la première crise.

TRAITEMENT

Le traitement de la forme cardiaque de l'hystéro-traumatisme présente une importance capitale ; nous laisserons complètement de côté les symptômes hystériques et neurasthéniques, qui, au point de vue thérapeutique, n'offrent ici rien de particulier.

Il est de toute évidence que la thérapeutique symptomatique aura souvent une indication formelle et on prescrira avec avantage, suivant les indications :

Dans les tachycardies permanentes, l'emploi prolongé et alterné du bromure, de l'arsenic, de la quinine, de la digitale.

Dans les accès paroxystiques, la compression de la carotide droite ou gauche, moyen fort peu efficace, les pulvérisations de chlorure d'éthyle ou de méthyle, les enveloppement froids, la révulsion, la digitale, la saignée, la caféine, l'éther, l'antipyrine.

Pour M. Huchard, le nitrite d'amyle et la trinitrine sont formellement contre indiqués.

Contre les crises de palpitations on emploiera toute la série des médicaments calmants et anti-

spasmodiques ; c'est la médication bromurée qui donne en général les meilleurs résultats.

Mais les accidents cardiaques de l'hystéro-traumatisme devront être traités surtout par les moyens psychiques.

Il faudra d'abord arracher le malade au milieu qui entretient ses préoccupations et ses soucis.

Il sera nécessaire de l'isoler dans un hôpital ou une maison de santé où il puisse trouver à la fois la quiétude de l'esprit et des occupations peu fatigantes, car il importe que ces malades ne restent pas inoccupés, quand ils ne sont pas impotents.

Dans la famille, l'isolement est forcément incomplet et insuffisant. Le malade est l'objet de soins mal éclairés, et surtout de sollicitudes intempestives ; il constitue la principale préoccupation de ses parents qui entretiennent tous ses caprices, ne maîtrisent pas devant lui leurs sentiments et loin de taire les accidents dont il souffre, lui parlent constamment de son mal. Et ils sont excusables, car s'ils n'agissent pas ainsi, le blessé les accuse volontiers d'indifférence à son égard. Le milieu familial est d'autant plus déplorable, que, comme nous l'avons vu, la crédulité des hystéro-neurasthéniques est extraordinaire.

Comme le fait remarquer M. Souques, la première conséquence de l'isolement est de l'arracher à ce milieu, et la seconde, collatérale obligée, de faire naître en lui le désir de la guérison qui lui permette de rentrer dans sa famille. Une fois son attention

fixée sur l'idée de guérir, la réalisation de cette idée a souvent beaucoup de chance de se faire.

L'isolement agit donc par influence psychique ; il constitue toujours la méthode de choix et parfois même de nécessité. Malheureusement sa réalisation rencontre dans la pratique des difficultés souvent insurmontables pour l'ouvrier par exemple.

En effet, cet isolement n'est efficace que si, constamment, le médecin pratique sur les blessés la suggestion constante à l'état de veille et on comprend que ce n'est pas chose facile à l'hôpital.

Il faut agir sur leur esprit par voie de suggestion et leur faire entrevoir une guérison prochaine et radicale.

Il faut dans la limite du possible leur épargner les soucis des longs procès et des enquêtes contradictoires.

Rien n'est plus facile à faire durer et aggraver que les manifestations de l'hystérie par les préoccupations et les contestations et il faut, comme le dit le professeur Raymond, se rappeler que le meilleur traitement de l'hystérie et de la neurasthénie est d'être heureux.

Par cette suggestion constante, le médecin devra convaincre son malade qu'il n'est atteint d'aucune maladie de cœur et que sa guérison est certaine.

Les blessés devront être soumis au repos physique et moral le plus complet ; dans la forme tachycardique, il sera bon de leur faire garder le décubitus horizontal ou mieux de les faire rester sur le côté droit, la tête basse, pour éviter une syncope ; chez eux

en effet la station verticale et même le décubitus latéral gauche augmentent la violence des paroxysmes.

Le régime doit être l'objet d'une surveillance sévère. L'abstention de mets épicés et excitants, d'alcool, de thé, de café, de tabac sera absolue.

L'hydrothérapie générale pourra donner de bons résultats. Le malade de notre observation II était bien calmé par les enveloppements froids du thorax ; il sera bon, même en l'absence de toute crise, dans les formes tachycardique, bradycardique, et les palpitations, d'appliquer sur la région cardiaque, matin et soir, une compresse pliée en plusieurs doubles, trempée dans l'eau froide, et recouverte d'un taffetas imperméable.

La suggestion hypnotique qui n'a été essayée dans aucune de nos observations ne produirait sans doute ici, comme dans toutes les autres manifestations hystériques, qu'une amélioration passagère.

Il nous semble que l'électrisation, le massage, la gymnastique ne peuvent guère être employés dans ces cas où le principal traitement doit être le repos physique et moral. On pourrait néanmoins les tenter, avec modération, au bout d'un certain temps, dans les formes brachycardique et tachycardique sans accès paroxystiques.

Mais tous ces moyens, à part l'isolement, ne donnent guère de résultats appréciables.

Deux points intéressants nous restent à envisager.

Il faudra hâter la solution juridique dont la préoc-

cupation dans la majorité des cas constitue le principal obstacle à la guérison, et il faut savoir, comme nous l'avons longement exposé à l'étude médico-légale, que souvent des malades sont sortis guéris de l'audience où l'indemnité demandée leur avait été accordée.

En outre, comme l'ont montré depuis longtemps les auteurs allemands Strümpell et Kauffmann en particulier, et Rohmer insiste avec raison sur ce point, la prophylaxie de l'hystéro-traumatisme est pratiquement beaucoup plus importante que son traitement.

Nous partageons entièrement l'opinion de Page et Kauffmann (en l'étendant à tous les traumatismes assez violents) qui sont d'avis que les victimes d'une catastrophe de chemin de fer, même quand elles sont légèrement blessées, doivent dans les premiers jours de l'accident garder un repos physique et psychique complet.

Même en l'absence de toute lésion appréciable, il serait bon de prescrire un séjour d'environ une semaine au lit ou à la chambre. Une alimentation peu abondante et substantielle jointe à la défense absolue de l'alcool, du tabac et du café serait fort utile.

Pendant ce temps le médecin doit expliquer à son malade qu'il s'agit là d'une simple mesure de précaution (sans toutefois spécifier la nature des accidents qu'il craint pour l'avenir) et faire comprendre au malade que ses douleurs persisteront plus ou moins

longtemps mais finiront par disparaître d'elles-mêmes.

Au bout de ce temps, dès que le médecin le jugera possible, afin d'éviter de laisser le malade inoccupé, il lui conseillera de reprendre son travail en évitant toutefois de se fatiguer.

Nous sommes convaincu que cette conduite fort logique diminuerait très sensiblement le nombre des cas d'hystéro-neurasthénie traumatique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (1)

inédite

recueillie par le D^r SAINTON, chef de clinique, dans le service
de M. le Professeur DEBOVE

Contusion par coup de pied de cheval sur la cuisse droite.
Attaques d'hystérie et pouls lent permanent.

B... Henri, 33 ans, exerçant le métier de charretier, entre le 11 avril, salle Monneret, dans le service de M. le Docteur Troisier qui le passe dans le service de M. le Professeur Debove.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort d'un cancer du rein en 1885, à l'âge de 55 ans ; il n'a jamais eu de crises nerveuses : c'était, nous dit le malade, un buveur de vin.

Il était atteint d'une cataracte de l'œil droit.

Sa mère est disparue ; après la mort de son père elle présentait des troubles cérébraux et voulut partir pour le pays ; elle quitta sa famille et on ne la revit plus.

Le malade a un frère plus âgé que lui de 5 ans, employé de chemin de fer. Il boit beaucoup, surtout de l'alcool, et son état général est assez mauvais.

Il a une sœur plus âgée que lui qui, à l'âge de 16 ans, a eu

(1) Le malade a fait l'objet d'une clinique de M. le Professeur Debove publiée dans la Presse médicale 1904.

une attaque de paralysie subite, à la suite de laquelle a persisté une contracture de la main.

Antécédents personnels. — Le malade présente une cataracte congénitale de l'œil droit.

Né en 1870, le 5 novembre, il aurait eu le carreau pendant son enfance et aurait marché tard (rachitisme.)

Il a exercé un assez grand nombre de professions ; il a été successivement tôlier, ferblantier, cordonnier, couvreur, fumiste, employé de chemin de fer, marchand des quatre saisons, charretier, et enfin, pendant 7 mois, en 1896 manœuvre dans une fabrique de produits chimiques. Il a été exposé là à des vapeurs diverses. Il est assez difficile de savoir la nature exacte des produits qu'il a maniés ; toujours est-il qu'il a été exposé à une intoxication, puisqu'il a été obligé, dans un atelier, de travailler avec un masque contenant une éponge placée au devant de la bouche.

Quand il est entré dans ce qu'il appelle la fabrication du « sel blanc » il a été pris d'accident gastro-intestinaux qu'il raconte de la façon suivante : il a été pris en travaillant de douleurs dans le ventre avec tendance à la syncope — puis il a contracté une constipation opiniâtre accompagnée de vomissements.

Le médecin de l'usine fut consulté et prescrivit une purgation à l'eau-de-vie allemande et le régime lacté.

Après un séjour au lit de 15 jours, il retourne au « sel blanc » et au bout de 3 à 4 jours, il est répris d'accidents diagnostiqués coliques de plomb qui le forcent à employer le même traitement et un nouveau séjour de 3 semaines au lit.

Le médecin lui a alors interdit le travail de l'usine. Il est entré aux omnibus comme palefrenier.

En 1897, il a été soigné à Bicêtre pour des accidents qu'on lui a dit être causés par une intoxication phosphorée. C'est tout ce que se rappelle ce malade à ce sujet : il a été soigné par des lavages d'estomac.

En 1898, il entre à la Pitié et y reste 12 jours ; il ne se rappelle plus pourquoi.

Le malade buvait beaucoup du vin. Il avoue lui-même qu'il ne buvait pas plus à cause de la modicité de ses ressources. —

En 1898, il a reçu un coup de pied de cheval sur la cuisse droite, suivi d'une forte ecchymose ; il a cessé son travail pendant 15 jours.

Le coup ne lui a pas fait perdre connaissance, mais dix minutes après l'accident, il fut pris d'une attaque de nerfs assez longue. — Depuis, la moindre contrariété ou un temps orageux suffit à provoquer une attaque.

Les troubles gastro-intestinaux ayant repris de nouveau, il vint consulter à l'hôpital et on lui donna une purgation : quelques jours après, il eut deux syncopes et on le transporta dans le service de M. le docteur Troisième qui *constata que le malade présentait un pouls lent permanent battant entre 20 et 28 pulsations*. — Il eut environ tous les 2 jours des attaques dans le service de M. Troisième.

Etat actuel. — Le malade est de grande taille, de force musculaire moyenne, son facies est pâle, de coloration un peu jaunâtre, cirqueuse sans subictère.

Actuellement, le pouls bat entre 36 et 46, suivant les jours : les pulsations sont bien frappées, mais le choc se fait parfois en 2 temps ; sous l'influence de la marche et des efforts, le pouls ne bat pas plus vite.

Le malade n'a pas actuellement de palpitations, mais quand il fait des mouvements, il sent son cœur battre et a une sensation nette d'étouffement.

A l'examen du cœur on ne sent que la pointe.

Le cœur ne paraît pas hypertrophié. A l'auscultation, il n'existe pas de bruits surajoutés : le rythme seul est troublé.

Dans les grands intervalles on entend des bruits sourds.

Il n'existe pas de troubles nets de la circulation périphérique.

Les extrémités se refroidissent assez facilement.

Les jugulaires présentent des battements au nombre de 72 (nombre double des battements cardiaques).

Etude des crises. — Le malade ne sent pas venir les crises nerveuses; il tombe, se débat et pleure; il a une sensation d'étouffement et cherche à se dégraffer.

La crise est manifestement de nature hystérique, car le malade prend la position en arc de cercle; au milieu de l'attaque, les talons et la nuque seuls touchent le sol. Puis à cette période succède la période des salutations, si caractéristique.

L'attaque ne se termine pas par une émission d'urine, mais souvent par une crise de larmes.

Le malade ne se mord pas la langue.

Il a, à la suite, une sensation de fatigue, de courbature; il lui reste un peu de vague dans les idées, avec perte de la notion de l'endroit où il se trouve: cette obnubilation intellectuelle persiste 5 à 10 minutes.

En dehors de ses crises, B... a des accès moins violents où il est pris de vertige et perd connaissance, mais qui ne durent qu'un instant.

Les urines ne contiennent pas d'albumine, mais quelques phosphates. Leur couleur est très variable; elles offrent parfois le type des urines nerveuses, claires et abondantes; d'autres fois elles sont foncées.

Le malade mange bien le régime ordinaire.

La langue est normale: il n'y a pas de constipation.

Le foie n'est pas augmenté de volume.

Il n'y a pas de troubles de la sensibilité.

Les réflexes rotuliens sont un peu exagérés.

Le réflexe pharyngien est diminué.

Il n'y a pas d'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle.

OBSERVATION II (1)

(inédite)

recueillie par le docteur SAINTON, dans le service de
M. le professeur DEBOVE.

Chute sur le côté gauche. — Hystéro-traumatisme. — Tachycardie, d'abord permanente, puis paroxystique.

« L'histoire antérieure de la maladie a été rédigée d'après les renseignements fournis par le docteur B..., d'après les certificats du docteur C..., professeur agrégé, du docteur D..., du docteur E... et du docteur F... »

Le nommé Jean V..., âgé de 48 ans, peintre en bâtiments, entre le 23 décembre 1903, salle Sandras, lit 24, service de M. le professeur Debove.

Les renseignements qu'il fournit sur sa famille sont de peu d'intérêt : son père est mort à 82 ans en 1901, sa mère à 62 ans, d'une maladie dont il ignore la nature. Le malade a un frère et une sœur, tous deux bien portants, et ne paraissant atteints d'aucune affection nerveuse, autant que permettent de le supposer les renseignements de V..., qui ne les a pas vus depuis quelque temps.

Le malade a joui jusqu'à l'an dernier d'une excellente santé : il a fait son service militaire à Nevers.

Il n'a eu ni syphilis, ni blennorrhagie.

Il est originaire de la Vienne ; il exerçait dès sa jeunesse, suivant l'usage du pays, dit-il, le métier de peintre et de plâtrier depuis 1874.

En 1890, il est venu à Paris et a été depuis peintre en bâtiments.

Il aurait eu il y a 3 ans une légère attaque de colique de

(1) A fait le sujet d'une clinique de M. le professeur DEBOVE, Archives générales de médecine, 14 juin 1904.

plomb : celle-ci ayant duré à peine une journée, il est difficile d'affirmer ce diagnostic rétrospectif.

V... n'a jamais fait d'excès de boissons ; il absorbait un demi-litre de vin à chaque repas, parfois un verre de vin à 3 heures, mais il ne buvait pas d'alcool.

Cette sobriété est expliquée par ce fait qu'il était chef de chantier.

Jamais il n'a eu d'accident nerveux.

Le début de sa maladie remonte au 20 octobre 1902, époque à laquelle il fit une chute qui fut la cause de tous ses maux.

Il était au haut d'une échelle de six mètres, à peindre un poteau au milieu d'un atelier, quand son échelle glissa. V... tomba dans le vide, poussa un cri, essaya en vain de se raccrocher à un point d'appui solide, et s'abattit sur le sol, sur le côté gauche.

Il resta étendu sans connaissance, fut relevé et transporté chez lui. Il ne se souvient plus de ce qui s'est passé à ce moment.

Le docteur A. B... qui l'a vu quelques heures après l'accident, donne la description suivante des troubles qu'il a constatés (note remise à M. le docteur Sainton, chef de clinique).

Le malade est étendu dans son lit, très pâle, incapable de tout mouvement, se plaignant de douleurs dans le thorax et dans le membre inférieur gauche.

Le pouls est petit et fréquent.

On constate une fracture de l'avant-dernière côte gauche, en arrière de la ligne axillaire.

Pas de crachements de sang. Rien à l'auscultation de la poitrine.

Du côté du membre inférieur gauche, les mouvements spontanés ont impossibles.

Au point de vue des mouvements provoqués, l'abduction seule est impossible ; il n'y a ni déviation de la pointe du pied ni raccourcissement apparent ; le maximum de la douleur siège

au niveau de la branche ischio-pubienne, à l'endroit où 4 à 5 jours plus tard apparaîtra une petite ecchymose.

Les 2 premiers jours tout se passe assez bien : la prostration est assez intense, et le malade se plaint de vives douleurs dans le thorax, bien que celui-ci soit immobilisé par un large bandage de diachylon.

Le 3^e jour, au matin, V.... est pris d'une syncope. et devient très pâle.

Le lendemain, le Dr B... le voit à la suite d'une nouvelle syncope.

Les battements du cœur sont très précipités, difficiles à compter, très irréguliers ; il a par instant un arrêt d'une ou deux secondes, à la suite duquel les battements reprennent rapides.

Il n'y a pas de fièvre.

L'examen de la poitrine reste négatif.

Dans l'après-midi le calme est revenu.

Le cœur bat lentement mais il y a encore par instant des faux-pas et ceci à des intervalles inégaux.

Il y a huit, dix ou même plus de pulsations normales avant qu'apparaissent les faux pas.

Depuis, les syncopes se sont renouvelées à plusieurs reprises.

Le Dr B... a en outre constaté qu'un essoufflement notable survenait au moindre effort.

C'est alors que le Dr A... chef de clinique à la faculté, voit le malade et conclut à des troubles cardiaques nerveux, d'origine hystéro-traumatique.

Le Dr B... pensait à ce moment à une dilatation aiguë du cœur, en raison des battements perceptibles jusque dans le creux épigastrique.

A ce moment, le malade se plaignit d'une douleur entre les scalènes ; il accusait aussi des maux de tête perpétuels et des troubles oculaires : il lui était impossible de fixer son attention sur un livre ou sur un journal ; il ne pouvait même pas lire quelques lignes.

Tous ces phénomènes persistent avec des alternatives d'aggravation et d'amélioration.

Au bout de trois mois, l'état de la jambe permet qu'on lève le malade ; bien qu'elle paraisse raccourcie de 2 centimètres, le malade peut se tenir debout et marcher avec des béquilles.

La fracture de côte est guérie.

Mais dès que V... se lève, il est pris de vertiges et d'oppression : il se plaint d'une douleur vive au niveau de la région précordiale.

L'état psychique s'est modifié. Le caractère a changé.

Le malade s'irrite pour des motifs futiles.

Sa mémoire est affaiblie — et il reste totalement indifférent à tout — sauf ce qui intéresse son cas.

Il existe aussi du ballonnement de l'intestin ; le ventre grossit et une hernie inguinale droite apparaît.

A partir du mois de mai, l'état général s'améliore. Les syncopes sont plus rares et le malade sort ; il est examiné alors par le docteur C...

N. — Il est nécessaire de dire que pendant tout ce temps, le malade entendit les médecins de l'assurance disserter sur son cas avec plus ou moins de discrétion. — Ce fait a une très grande importance.

Le 13 juin 1903. — Le docteur C..., professeur agrégé à la Faculté, rédige un certificat dans lequel on trouve de précieux renseignements sur l'état du malade :

L'état général est satisfaisant ; l'examen de la hanche ne permet de constater aucune déformation : il n'y a pas d'atrophie musculaire même à la mensuration mais le membre paraît raccourci.

Le pouls est plein à 112 avec quelques irrégularités du rythme, qu'on retrouve aussi à l'auscultation. — La jambe gauche présente de l'anesthésie en plaques irrégulières. Il y a de l'anesthésie pharyngée et du rétrécissement du champ visuel.

Les conclusions du docteur C... sont qu'il s'agit d'hystéro-neurasthénie traumatique ; il demande une radiographie pour

être fixé sur l'état de la hanche, n'osant conclure en faveur d'une lésion organique.

Notons que dans le certificat du docteur C..., certificat mis entre les mains du malade, il est dit que: « il est à craindre que sa valeur professionnelle ne soit définitivement abolie. »

La radiographie du bassin fut faite à peu près à cette époque par M. C... et ne montra aucune lésion appréciable.

Pendant ce temps, V... plaide avec la compagnie d'assurances sur les accidents et demande une indemnité; il est alors examiné par le professeur D... qui s'adjoint le professeur E...

Au point de vue chirurgical, le professeur D... conclut qu'il y a eu fracture *présumée du côté gauche*, mais qu'il « n'y a « d'autre trouble permanent qu'un peu d'arthrite sèche de la « hanche, dont l'existence même n'est pas absolument cer- « taine. »

Le 21 novembre 1903, le professeur E... convoque le malade V..., qui est atteint d'une syncope dans son cabinet.

Il conclut que c'est un homme très émotif.

« D'ailleurs, cette émotivité domine toute la situation :
« pouls rapide, sentiment d'anxiété, de crainte, difficulté de
« fixer l'attention, légère obnubilation intellectuelle. V... se
« plaint de mauvaises digestions, de mal dormir la nuit,
« d'avoir des rêves, d'être fatigué le matin; cette fatigue per-
« sisterait quoique un peu atténuée dans la journée.

« A la main droite il amène au dynamomètre 14, avec la
« gauche, 4 seulement.

« La jambe gauche paraît un peu plus faible que la droite,
« sans qu'on puisse l'affirmer, car il s'agit de signes subjek-
« tifs. Pas d'atrophie musculaire.

« Réflexes tendineux un peu forts, comme chez beaucoup
« d'émotifs.

« Réflexes cutanés normaux.

« Léger rétrécissement du champ visuel à gauche.

« Hypoesthésie sur tout ce côté.

« Pas de trépidation spinale.

« Réflexe de l'orteil en flexion. »

Le professeur E... conclut qu'il y a une ébauche d'hystéro-neurasthénie et que les accidents que présente le malade ne sont pas le résultat de l'ébranlement du système nerveux; mais des soins et des préoccupations où le malade est engagé

Le malade fut donc débouté de sa demande.

Cependant, il se déclare incapable de travailler, et le docteur F..., de Maisons-Alfort, conclut qu'en raison de son état syncopal, des vertiges et de l'affolement du pouls qu'il présente quand il lève les bras, le sujet ne peut exercer sa profession.

Désespéré, V... entre dans le service de M. le professeur Debove, demandant de se prêter à tout examen permettant de constater son incapacité de travail.

Voici les symptômes qu'il présente le 4 janvier 1903.

- 1° Des troubles cardiaques;
- 2° Des troubles nerveux;
- 3° Des troubles de la marche.

Examen du cœur.

Le malade accuse :

- 1° Une douleur permanente ;
- 2° Des paroxysmes.

La douleur permanente spontanée siège au-dessous du mamelon; elle est fixe et ne disparaît que rarement.

Les troubles paroxystiques consistent en crises de palpitations qui surviennent au nombre de 3 à 4 par jour depuis l'entrée dans le service. V... se plaint d'une sensation de battements occupant une large étendue de la région précordiale. Elle s'accompagne d'angoisse, de battements dans les vaisseaux du cou et dans la tête, d'éblouissements avec demi perte de connaissance.

La crise peut durer de 5 minutes à 1 heure.

Elle est brusque sans aura.

Elle est apaisée par les enveloppements froids au niveau de la région précordiale.

(N'ayant assisté à aucune des crises, je ne puis donner aucun renseignement sur l'état du pouls).

Celui-ci est petit, régulier, dans l'intervalle des crises, aux environs de 78 pulsations par minute.

D'après le sujet, toute marche produit de l'oppression.

Après 4 ou 5 tours dans la salle, le pouls remonte à 88, mais il est régulier.

Un exercice un peu plus fatigant (montée et descente d'un petit escalier) le fait monter à 160 et le rend petit et irrégulier.

Cette tachycardie survient aussi sans cause apparente.

Troubles nerveux. — Pendant longtemps V... est pris de maux de tête violents à forme de casque siégeant à la région préfrontale, et ayant parfois l'intensité d'une véritable névralgie.

Il est sujet à des vertiges ; la tête lui tourne ; il a la sensation de marcher dans le vide ; il essaye alors de s'accrocher après un point d'appui voisin ; s'il n'y réussit pas, il s'affaisse par terre.

Dans le service, il a toujours eu ses vertiges dans la salle et pouvait toujours avoir comme point d'appui un barreau de lit.

La marche est particulière. Le malade se traîne en s'appuyant sur la jambe gauche qui paraît plus courte que l'autre. Chose digne de remarque, il s'appuie dans sa démarche hanchée sur le côté gauche, qui aurait été lésé, et sa colonne vertébrale décrit ainsi au niveau de la région dorsale, une concavité tournée à gauche. La boiterie paraît augmenter à mesure que le sujet marche.

Si on dit à V... de se tenir debout les talons réunis comme dans la recherche du signe de Romberg, même les yeux ouverts, il oscille légèrement sur lui-même.

Quand il est au lit, on constate ce que les médecins qui l'ont examiné ont déjà signalé : une douleur qui limite le mouvement d'abduction.

Pas d'atrophie musculaire : on note seulement, au membre supérieur gauche une légère diminution de la force musculaire.

L'examen objectif révèle des stigmates indéniables d'hystérie.

Le malade est insensible à la figure du côté gauche, aussi bien à la face qu'aux membres ; la sensibilité au contact est très diminuée ; il en est de même de la sensibilité à la température.

Il y a de l'anesthésie pharyngée. On constate une hémianesthésie de la muqueuse nasale gauche au contact.

Le mamelon gauche est moins sensible que le droit. La zone pseudo-ovarienne est au contraire plus sensible à gauche. La sensibilité testiculaire est également plus développée de ce côté.

La plante du pied, à gauche, est insensible au chatouillement.

Il n'y a pas d'hyperesthésie rachidienne.

L'ouïe est peut-être un peu diminuée à gauche ; il n'y a aucun doute, même à un examen grossier, sur l'existence d'un rétrécissement du champs visuel du côté gauche, portant surtout sur l'axe vertical.

Les réflexes rotuliens sont un peu forts. V... n'a jamais eu de crises de nerfs.

Etat psychique. — La mémoire et l'intelligence en général sont peu affaiblis ; le sujet dit qu'il n'a plus l'énergie ancienne. D'ailleurs il a été soigné pendant la plus grande partie de sa maladie par sa femme, qui est très impressionnable ; a été très ému par toutes les péripéties de son procès et est très affecté de n'avoir point eu une indemnité raisonnable (il demandait à l'assurance 3000 francs).

Son état psychique est d'autant plus mauvais qu'il n'a

aucun espoir, son avocat considérant qu'il est très difficile d'obtenir gain de cause, en raison des conclusions au rapport des Professeurs D... et E... qui concluent que les accidents ne rentrent pas dans la catégorie des accidents du travail.

OBSERVATION III

(Inédite)

Recueillie par le docteur SAINTON
dans le service de Monsieur le Professeur DEBOVE.

Hystéro-traumatisme à la suite d'un accident de chemin de fer
Tachycardie permanente.

Il s'agit d'un employé des postes dans les bureaux ambulants. Il est âgé de 21 ans. Son père qui a 60 ans est bien portant, un peu nerveux. Sa mère est également nerveuse, mais n'a jamais eu d'attaques. Il a un frère et une sœur qui sont en excellente santé, mais toujours un peu nerveux.

Dans son enfance, il a eu la coqueluche à 4 ans; il n'a pas eu de convulsions.

En 1892, il a été atteint d'une fièvre assez longue.

En 1900, il a contracté une blennorrhagie qui a duré 5 mois.

Avant son accident, il était nerveux, mais n'avait eu aucun accident. Il avait parfois des battements de cœur à la suite de grands excès de travail, mais jamais ces palpitations n'ont été comparables à celles dont le malade se plaint aujourd'hui.

Le 13 juillet 1903, il était dans le wagon-poste isolé sur une voie de garage près d'un buttoir, quand il entendit tout à coup un grand bruit ressemblant à celui d'un train qui arrivait; il entendit crier : « Attention la poste, attention ! ». Il se cramponna au bourrelet de cuir qui garnit le wagon et essuya plusieurs chocs successifs; il fut d'abord renversé sur le côté droit; il essayait de se relever lorsqu'un second coup plus

violent que le premier l'a projeté sur le côté gauche. Un troisième choc lui renversa sur le dos le fauteuil du chef de brigade.

Ces chocs auraient été produits par un train de vitesse moyenne. Un de ses camarades fut atteint de fracture de côtes avec hémoptysie; un autre, d'une fracture avec luxation du poignet. Il a pu se relever seul; on l'a envoyé au service médical : Il présentait à ce moment du tremblement et se plaignait d'une douleur dans les reins et dans le côté. Le soir de l'accident, le malade ne put manger ni dormir la nuit. Il eut ensuite pendant plus de 2 mois de l'insomnie persistante.

Deux ou 3 jours après l'accident, il a été examiné par le docteur Garnier qui a constaté des palpitations intenses et un abaissement de la pointe.

Il se plaignait de douleurs dans les reins.

Phénomènes subjectifs accusés par le malade :

Troubles cardiaques. A certains moments, surtout quand il est calme et qu'il peut réfléchir, il a une sensation d'arrêt du cœur, et de pincement au niveau de la région précordiale.

S'il a un objet dans sa poche contre la poitrine, il lui semble qu'il a un poids énorme.

Après l'arrêt (subjectif) du cœur surviennent des palpitations très intenses avec sensation d'étouffement.

L'examen objectif du cœur montre que la pointe est abaissée; le pouls est petit, régulier, accéléré (de 100 à 120). Il n'y a pas trace de souffle. Sous l'influence des mouvements, la tachycardie augmente et l'accélération peut atteindre 160.

L'appétit est capricieux; le malade a maigri; il a parfois des vomissements: les selles sont régulières, mais le malade est plutôt constipé.

Le malade a dans les reins une douleur permanente, consistant en une sensation de pesanteur et de fatigue très grande quand le malade se penche en avant. Les maux de reins surviennent le matin; ils se dissipent quelques heures après le lever. Le malade se plaint encore de troubles du sommeil. Il

a des cauchemars la nuit, où il voit quelque chose qui l'écrase et se sent transporté à des vitesses vertigineuses. Il se réveille en sursaut et de violentes palpitations se montrent à ce moment. Pour dormir, quand il doit se lever matin, il a besoin d'avoir de la lumière. Il n'a remarqué aucun trouble de la mémoire.

Quand il est dans une gare, il est pris d'angoisse et a peur que le train ne l'écrase.

Il est en instance auprès de la Compagnie de l'Ouest, pour régler à l'amiable les soins médicaux et les dommages-intérêts.

Examen objectif du système nerveux. — Le malade ne présente pas d'hémianesthésie. Le mamelon gauche est hyperesthésié. Il en est de même de tout le côté gauche.

Pas d'anesthésie pharyngée.

Très légère diminution de l'acuité auditive à gauche.

Pas de rétrécissement apparent du champ visuel.

OBSERVATION IV

(inérite)

Due à l'obligeance de M. le docteur DUCAMP

Hystéro-neurasthénie traumatique avec tendance manifeste à la tachycardie.

Rapport médico-légal.

L'observation de ce malade a été faite d'après les documents médico-légaux fournis par le docteur Ducamp, qui a suivi le malade.

Teneur du rapport (in extenso)

Nous soussignés, docteurs RAYMOND, GÉRARD-MARCHANT, GILBERT BALLE, experts près le tribunal, civil de la Seine, commis sur le désir exprimé par l'un de nous, première expertise par le docteur Gérard-Marchant, par Monsieur le Prési-

dent de la première Chambre, à l'effet d'examiner J... et de déterminer dans cette nouvelle expertise la diminution de capacité de travail, et déterminer notamment s'il est atteint d'une incapacité de travail absolue et permanente, d'indiquer à quelle époque remonte la consolidation de la blessure, et enfin de rechercher spécialement s'il y a une relation directe entre la maladie dont est atteint J... et l'accident qui lui est survenu le 6 novembre 1900, déclarons avoir procédé à cette expertise et rédigé le rapport suivant :

J... se plaint d'une céphalée, caractérisée par des battements au niveau de la nuque, par des élancements qui s'exagèrent dans la marche et sous l'influence de la trépidation de la voiture ou de l'omnibus.

Indépendamment de la céphalée occipitale, il existe au niveau de la tempe gauche, sur le point qui a été contus au moment de l'accident, une zone douloureuse qui est aussi le siège de battement, et dont le frôlement dénote une hyperesthésie cutanée accusée.

Le malade est sujet à de fréquents éblouissements, et à des vertiges qui s'exagèrent après les repas.

Son caractère s'est profondément modifié ; il est facilement énervé, irritable ; il a de la torpeur de la mémoire.

Le sommeil est très mauvais, troublé quand il se produit par des cauchemars intenses. Le malade marche lentement, avec peine. Il a l'air dolent. Il s'avance à demi voûté, la tête et le tronc penchés en avant ; la progression est pénible et se fait à petits pas ; elle exagère la céphalée.

L'amyosthénie est très accusée.

Les membres supérieurs, dont la force est réduite, sont animés d'un tremblement à petites oscillations assez rapides ; ce tremblement ne cesse pas dans l'exécution des mouvements. Il diminue cependant quand le malade cherche à boutonner son paletot. Il s'exagère, au contraire, dans la position dite « du serment ».

Le tronc lui-même est tremulant, de même que la langue lorsqu'elle est tirée hors de la bouche.

Ce tremblement présente tous les caractères d'un tremblement hystérique.

La sensibilité générale est normale; il n'en est pas de même de la sensibilité spéciale.

Il existe un rétrécissement très marqué du champ visuel des deux côtés, surtout à gauche; quand le malade veut lire, la vue, nette d'abord, ne tarde pas à se fatiguer. Les lettres se mettent à danser, puis se troublent, il s'agit là du symptôme qu'on désigne sous le nom d'asthénopie neurasthénique.

Du côté de l'ouïe, on relève des troubles accusés comme il ressort de l'examen prodigué par M. le Docteur C...

L'audition est considérablement diminuée.

Des vertiges apparaissent au moindre attouchement du fond de la caisse droite.

Il existe une otorrhée bilatérale qui serait survenue d'après le malade, après l'accident cette otorrhée a eu pour conséquence du côté de l'oreille gauche, la destruction partielle du tympan cicatrisé.

Tous ces troubles ne sont peut-être pas dus exclusivement au traumatisme, mais ils y sont certainement rattachables pour une bonne part au moins.

Le cœur fonctionne bien, toutefois *il y a une tendance manifeste à la tachycardie*, et il faut noter en outre que sous l'influence de la fatigue, il se produit des sortes de lypothymies; assez souvent, quand le malade a beaucoup causé ou a écouté une conversation, il pâlit, se sent fatigué; les sueurs couvrent son visage.

Tous les troubles que nous venons d'indiquer relèvent de l'hystéro-neurasthénie. Leur authenticité pas plus que leur nature ne laisse place au doute.

Nous n'avons rien noté dans les antécédents personnels ou héréditaires du malade qui nous autorise à penser qu'il y fût particulièrement prédisposé.

Nous considérons donc que ces troubles sont exclusivement dûs à l'accident dont J... a été victime.

Ils revêtent les caractères de troubles graves. L'atteinte profonde portée par le choc moral aux fonctions cérébrales ne permet guère, quoique les symptômes soient de nature curable, d'espérer une guérison très prochaine.

L'incapacité de travail dont J... est affecté qui est absolue si elle ne disparaît pas complètement, ne paraît pas avoir chance de disparaître avant un minimum de temps de 18 mois à deux ans.

Conclusions. — 1° J... est affecté d'hystéro-neurasthénie traumatique.

2° *L'incapacité de travail est absolue* et nous semble devoir persister au moins durant 18 mois à 2 ans, si tant est qu'elle disparaisse complètement.

3° Les troubles sont imputables à l'accident subi par J... le 6 novembre 1900.

OBSERVATION V

(Vibert. — La névrose traumatique, page 120).

*Accident de voiture. — Contracture des muscles du cou. —
Accélération permanente du pouls.*

Le sieur D..., âgé de 36 ans, a été victime d'un accident de voiture en juillet 1891. Les deux roues d'un fiacre lui ont passé sur le corps et ont produit sur le côté droit de nombreuses ecchymoses qui ont été vues et décrites par un médecin.

C'est quatre mois après l'accident que j'ai vu D... pour la première fois. Il ne se plaignait plus que d'une seule chose, à savoir de ne pas pouvoir tenir la tête droite. En effet, elle est inclinée en avant au point que le menton toucherait le sternum si le blessé ne portait un appareil destiné à empêcher ce contact. Si on essaye de redresser la tête davantage, on est arrêté par une résistance insurmontable. Quant aux mouvements de latéralité, ils s'accomplissent dans presque toute leur étendue. Pour remédier à la gêne qu'occasionne cette position anormale de la tête, D... rejette les épaules en arrière et creuse autant que possible la portion dorso-lombaire du rachis; il garde constamment cette attitude bizarre qui l'empêche de travailler.

L'examen du cou ne démontre pas de déformation des vertèbres. La palpation n'est pas douloureuse, non plus que les mouvements communiqués. Le blessé éprouve une sensation continuelle de resserrement de la nuque et l'on sent que les muscles de cette région sont résistants et beaucoup plus durs qu'à l'état normal.

D... ne présente pas d'autres stigmates d'hystérie. Il n'a pas de troubles de la sensibilité cutanée ou sensorielle, pas de rétrécissement du champ visuel: son état mental ne présente pas d'anomalie notable, mais il a des antécédents héréditaires.

Une de ses sœurs est morte aliénée; un de ses frères a succombé en bas âge à des convulsions. Lui-même a eu à une certaine époque des crises d'origine nerveuse, signalées en ces termes par le médecin qui l'a soigné alors. *Il est à noter que cet homme présente une accélération considérable du pouls (120 à 160), dont il n'a d'ailleurs pas conscience.*

L'accident dont D... a été victime en juillet 1891 a occasionné d'abord divers troubles nerveux. Cet homme croit qu'après avoir été renversé, il est resté évanoui deux ou trois heures et qu'il a eu pendant cet évanouissement quelques instants de lucidité. Il prétend par exemple qu'il a été transporté à l'hôpital de la Charité et qu'il a refusé énergiquement

d'y rester. Or, en réalité, il n'a été conduit à aucun hôpital; les agents l'ont emmené dans une pharmacie et un interne, mandé avec une voiture des ambulances urbaines, a déclaré qu'il n'était pas assez sérieusement blessé pour être reçu à l'hôpital.

Chez lui, il aurait gardé le lit pendant seize jours, et à cette époque il aurait été complètement paralysé des deux membres supérieurs, au point qu'on était obligé de le faire manger, de le moucher, etc... En sortant de son lit, il avait déjà de la peine à redresser la tête, mais ce n'est qu'au bout de 2 à 3 semaines que celle-ci a pris définitivement l'attitude vicieuse qu'elle présente aujourd'hui.

Depuis lors, j'ai souvent revu D... La contracture des muscles du cou a peu à peu diminué, mais elle subsiste encore un peu 18 mois après l'accident. Maintenant le tissu cellulaire de la région de la nuque est épaissi et induré sans qu'il y ait d'ailleurs de changement de coloration de la peau ni de troubles de la sensibilité à ce niveau.

D... est toujours dans un état général excellent, sans aucun trouble cérébral, *mais le pouls est resté constamment accéléré, je ne l'ai jamais trouvé au-dessous de 110; il est d'ailleurs régulier.*

OBSERVATION VI

(VIBERT, — *loc. cit.* page 127.)

*Accident de chemin de fer. Maux de tête, étourdissements.
Anxiété. Accélération permanente du pouls.*

J'ai vu ce malade d'abord avec le Docteur Brouardel en août 1891, (un mois après l'accident de chemin de fer de Saint-Mandé), puis avec les docteurs Ballet et Descoust en novembre, décembre 1891. Je transcris ici le rapport rédigé par ces deux confrères et moi, six mois après l'accident.

Le sieur F... a reçu lors de l'accident de chemin de fer de

Saint-Mandé (juillet 1891) plusieurs blessures et il a été atteint à la suite de cet accident de divers troubles du système nerveux.

Les blessures sont aujourd'hui guéries; la plus grave consistait en une violente contusion du genou droit avec épanchement dans la bourse séreuse sous tricipitale. Actuellement cet épanchement n'existe plus : les mouvements du genou s'accomplissent librement dans toute leur étendue ; il n'y a pas d'atrophie des muscles de la cuisse ni de la jambe. Le blessé reconnaît d'ailleurs que les fonctions du membre sont bien rétablies ; il se plaint seulement d'éprouver parfois des douleurs dans le genou « quand le temps change » dit-il

Quant aux troubles nerveux que M. F... accusait au mois d'août dernier, ils subsistent toujours et n'ont subi qu'une légère atténuation.

Il se plaint de souffrir constamment de la tête. Le siège de cette douleur est très variable. Elle est ordinairement supportable ; mais à certains moments, elle s'exaspère et s'accompagne alors d'étourdissements et de vertiges en même temps que d'angoisse et d'un malaise indéfinissable. Ces sortes de crises surviennent parfois sans cause appréciable ; quelquefois par exemple, elles réveillent le malade au milieu de la nuit, mais elles sont provoquées à coup sûr par la fatigue physique ou intellectuelle, laquelle survient du reste très rapidement.

M. F... ne peut marcher une heure de suite, prolonger quelque peu une lecture, faire plusieurs parties de cartes consécutives, tenir la tête quelque temps inclinée, sans éprouver la sensation de fatigue et d'épuisement qui marque le début des malaises dont nous venons de parler. Il doit mesurer toutes ses occupations et ne sait comment remplir ses journées.

M. F... se plaint de dormir peu et mal et d'avoir souvent des cauchemars. L'appétit serait nul, sans qu'il y ait du reste

jamais de vomissements ni de troubles digestifs très apparents.

Peu de signes objectifs accompagnent cet état. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité cutanée ou sensorielle, pas de rétrécissement du champ visuel. Les mouvements réflexes sont normaux ; on remarque cependant un léger tremblement fibrillaire des muscles de la face, spécialement du côté droit, qui se manifeste à l'occasion d'une émotion.

Il existe aussi une grande accélération du pouls, que nous avons trouvé constamment entre 115 et 124. Cette accélération s'accompagne de légères irrégularités ; elle n'est pas liée à une lésion matérielle du cœur. Le blessé n'en a pas conscience.

Cette constatation suffirait à établir la réalité des troubles nerveux chez le plaignant. Du reste le récit de M. F..., les détails qu'il donne sur son état, et qu'il ne saurait inventer de toutes pièces en restant toujours dans les limites exactes assignées par l'observation médicale aux affections de ce genre, son attitude même témoignent de la bonne foi de cet homme.

Il est certainement atteint de désordres du système nerveux que l'on désigne sous le nom de névrose ou de neurasthénie traumatique et cette affection est chez lui assez prononcée pour le rendre incapable de se livrer à toute occupation suivie et régulière lui permettant de gagner sa vie.

Mais nous ne croyons pas que son état soit incurable ni même très grave. Depuis six mois que l'accident a eu lieu, il ne s'est pas produit d'aggravation ; aucun phénomène nouveau n'est apparu ; la maladie est restée limitée à ses traits essentiels, fondamentaux ; elle n'a pas dépassé la 1^{re} étape ; il est très probable qu'elle ne la franchira plus maintenant et que son développement est arrêté.

Déjà même une légère amélioration s'est produite sur quelques points : Le sommeil est moins constamment mauvais ; les étourdissements paraissent un peu moins fréquents. Mais l'affection dont il s'agit est généralement fort tenace ; c'est

lentement et irrégulièrement qu'elle progresse vers la guérison sans obéir à une évolution réglée qui permette d'en fixer d'avance le terme. Toutefois, s'il nous est impossible de formuler sur l'état du sieur F... un pronostic d'une précision rigoureuse, nous croyons que cet homme guérira et il nous est permis d'ajouter que, suivant toute prévision, la guérison ne sera pas complète avant le délai d'un an ou deux à dater d'aujourd'hui.

OBSERVATION VII

(VIBERT. — *loc. cit.*, p. 136)

Accident de voiture. — Dyspnée intense sans lésions pulmonaires.
— *Accélération permanente du pouls. — Etourdissements. —*
Troubles psychiques. — Rétrécissement du champ visuel.

Le sieur L..., 57 ans, est vigoureusement constitué et déclare jouir habituellement d'une bonne santé. Il exerce le métier de charron.

Un jour qu'il traînait une voiture à bras, celle-ci fut heurtée violemment par un camion ; lui-même fut renversé et reçut des contusions en divers points du corps. Ces blessures n'ont pas laissé de marques appréciables actuellement (5 et 6 mois après l'accident) sauf deux petites plaies contuses sans gravité à la main gauche.

Après avoir été renversé, L... n'a pas perdu connaissance, et il a pu regagner seul son domicile ; mais il était « tremblant comme la feuille ». Dès le jour même ou dès le lendemain, il a remarqué qu'il avait de la peine à respirer, qu'il lui fallait souvent un effort pour faire entrer de l'air dans la poitrine. Cette oppression, qui n'est liée à aucune lésion matérielle des poumons ni du cœur, persiste encore aujourd'hui ; elle est surtout marquée pendant la nuit, et oblige souvent le malade à quitter son lit.

L... se plaint aussi d'étourdissements fréquents ; ils surviennent tout à coup, quand il tient la tête baissée, et s'accompagnent alors de troubles visuels (éblouissements, scotomes). La vue se brouille du reste très vite quand il veut lire ou regarder attentivement quelque objet, et alors il éprouve des maux de tête.

Il est toujours courbaturé, mange très peu, et assure qu'il a beaucoup maigri. Enfin son caractère a changé ; il est devenu sombre ; il recherche la solitude ; il a eu devant nous une crise de désespoir et de larmes que lui-même ensuite trouve ridicule.

Lors de nos deux examens, à un mois d'intervalle, le pouls est constamment entre 100 et 120, un peu irrégulier quant à la force des pulsations. Le blessé n'a pas conscience de cette particularité ; il n'a jamais de palpitations. Sensibilité intacte.

Champ visuel notablement rétréci (pas d'examen au campimètre).

OBSERVATION VIII

VIBERT, *loc. cit.* p. 64 (résumée)

Accident de chemin de fer. Contusions très légères. Troubles cérébraux graves. Accélération permanente du pouls.

B... Alexandre, 31 ans, toujours très bien portant, a été dans un tamponnement, le 5 septembre 1881, projeté sur la paroi du wagon ; il a été atteint de contusions très légères sur divers points du corps et d'une plaie superficielle n'intéressant pas toute l'épaisseur du cuir chevelu à la partie postérieure gauche de la tête. Il n'a pas perdu connaissance, s'est parfaitement rendu compte de l'accident et a pu rentrer seul chez lui.

Depuis ce moment il ressent :

De violents maux de tête ;

De vives douleurs à l'hypochondre gauche ;

De l'insomnie ;
Des rêves effrayants ;
De la diminution légère de l'intelligence.

Au milieu d'octobre, le mal a fait des progrès, la céphalée est continue. Il est survenu, du côté gauche de la face, une contracture permanente et des secousses convulsives fréquentes. L'intelligence n'a plus la même netteté. Les cauchemars l'obsèdent dès qu'il ferme les yeux.

Le malade a conscience de ce qui se passe en lui, il s'attriste profondément; pour des motifs futiles, il entre dans des accès d'emportement subits, puis fond en larmes et s'excuse.

Les douleurs dans la tête persistent. La face n'est plus symétrique, les mouvements spasmodiques des muscles sont continuels. Des spasmes semblables se retrouvent dans les muscles de la région dorsale et dans le membre supérieur gauche.

La sensibilité est conservée.

Les forces sont très diminuées.

La vue est diminuée ainsi que l'ouïe.

L'appétit a disparu.

La circulation est normale. Aucun trouble n'a jamais été perçu du côté du cœur; le pouls reste d'ordinaire à 100.

Tous ces troubles au lieu de s'améliorer s'accroissent encore et le 1^{er} août 1883, B... est mis en disponibilité par l'administration des Postes.

OBSERVATION IX

In thèse MARKOFF, 1901, p. 36

Chute d'une voiture. Hystéro-neurasthénie traumatique. Accélération permanente du pouls.

Le sieur M..., cocher, 54 ans, a été victime d'un accident, le 6 septembre 1899.

La voiture qu'il conduisait ayant été heurtée, il a été précipité de son siège sur le sol. A la suite de cet accident il est resté à l'Hôtel-Dieu jusqu'au 31 octobre.

Il paraît bien constitué et assure avoir toujours eu une bonne santé jusqu'au moment de l'accident.

Actuellement on constate au cuir chevelu des cicatrices et une tuméfaction légèrement douloureuse à la nuque. Gêne dans les mouvements de l'épaule.

Les troubles généraux sont les suivants : Le malade se plaint de vertiges survenant sans cause appréciable ou à l'occasion d'un effort d'attention. Ils s'accompagnent de malaises dans la tête, de confusion dans les idées, de bourdonnements dans les oreilles. L'ouïe serait un peu diminuée du côté gauche. Il est incapable de lire longtemps car sa vue se brouille et des vertiges surviennent. Le sommeil est interrompu par des cauchemars. M... se plaint également de digestions pénibles et de vomissements ; toutefois il n'a pas maigri.

On constate chez lui la fréquence du pouls qui bat entre 108 et 114 à la minute.

Le malade n'a pu encore reprendre son métier de cocher. Ayant essayé de faire une course, il a été repris d'étourdissements et forcé de descendre. Toutefois l'état du malade est en voie d'amélioration très marquée.

OBSERVATION X

In Thèse MARKOFF p. 43

Traumatismes légers du crâne et de la face.

Hystéro-neurasthénie traumatique. Accélération permanente du pouls.

P.... a été victime dans un wagon bar de l'explosion d'un siphon d'eau-de-seltz. Les fragments l'ont atteint au crâne et à la face. Les contusions produites n'ont pas laissé de traces, mais ont été vues par le docteur C... aussitôt après l'accident,

S..... a été pris de malaises. Le Docteur C..... a constaté de la prostration, de la dépression, de la tendance à la syncope, et bientôt après le malade a accusé de violentes douleurs de tête : le lendemain, il était agité et éprouvait des bourdonnements d'oreille. Le sommeil était difficile, entrecoupé de cauchemars.

Depuis, le malade a éprouvé les troubles nerveux suivants : mal de tête occipital à prédominance nocturne, cause principale de l'insomnie, ainsi que des bruits subjectifs dans les oreilles. Affaiblissement de la vue qui se trouble à la lecture : d'ailleurs la lecture, de même que tout effort intellectuel, provoque chez ce malade de la céphalalgie. Sa profession de marchand de vins en gros lui est devenue impossible par suite de la perte de mémoire. La rédaction d'une lettre est pénible, l'écriture hésitante, tremblée, irrégulière. Le malade vit dans une perpétuelle agitation qui lui interdit tout repos et toute occupation suivie.

Le caractère a changé : S..... est devenu irritable, triste et sujet aux idées noires. Des troubles digestifs divers accompagnent cet état nerveux, ainsi qu'une notable accélération du pouls qui bat à 116 à la minute.

En résumé, S..... doit être considéré comme atteint de neurasthénie traumatique consécutivement à l'accident qu'il a subi : elle le rend incapable de se livrer à un travail suivi.

On ne saurait prévoir combien de temps persistera cette incapacité de travail. Il est néanmoins probable qu'elle persistera au minimum un mois encore.

OBSERVATION XI

VIBERT, *loc. cit.* p. 137

Accident de voiture. Dyspnée intense sans lésions pulmonaires. Légères accélération et irrégularité du pouls. Troubles psychiques. Urticaire et dermatisme.

R..... 51 ans, cocher de fiacre, est bien constitué et vigou-

reux. Il a eu trois attaques de rhumatisme articulaire aigu, la dernière date de 14 ans.

Au mois de mars, son fiacre a été heurté par un omnibus et lui-même a été précipité à terre. Il est tombé le corps en avant : il a eu deux dents brisées, et a été fortement contusionné à la tête et à la poitrine. Il prétend qu'il est resté près d'une heure sans connaissance. Il aurait craché un peu de sang ; mais celui-ci provenait sans doute de la bouche, car le médecin d'hôpital qui l'a vu peu de temps après l'accident, n'a pas constaté d'hémoptysie.

Quoi qu'il en soit R.... a été pris aussitôt d'une oppression qui n'a jamais cessé depuis et qui occasionne parfois de véritables accès de suffocation. Le jour même de l'accident, on lui a appliqué des ventouses sur la poitrine et cette médication a dû être renouvelée presque quotidiennement pendant les 3 semaines qu'a duré son premier séjour à l'hôpital.

Cette dyspnée constitue d'ailleurs le symptôme le plus apparent de l'état morbide déterminé par l'accident. Nous l'avons constatée chaque fois que nous avons examiné le blessé (de juillet à septembre), la respiration est courte et superficielle et même pendant le repos le plus complet. Elle devient haletante dès que R.... fait quelques mouvements ou parle avec animation. Quant aux accès de suffocation, ils surviennent, au dire du plaignant, plusieurs fois par jour ou par nuit, sans cause ou à l'occasion d'une fatigue : ils s'accompagnent d'une douleur déchirante dans la poitrine et aussi d'une sensation de défaillance et de malaise extrême, au point que pendant l'un des accès, R.... a fait venir un prêtre pour se faire administrer les derniers sacrements.

Peut-être R... était-il atteint auparavant d'un degré léger d'emphysème ; la conformation de sa poitrine semble l'indiquer :

Mais on entend sur toute l'étendue des poumons le murmure respiratoire qui est seulement un peu affaibli, et c'est à

peine si, de temps à autre, on trouve un râle sibilant. Il n'y a ni toux, ni expectoration.

Quant au cœur, il ne présente pas de lésion appréciable.

Le pouls bat entre 80 et 92 ; il est régulier bien que parfois certaines pulsations aient moins d'ampleur que les autres.

R... dort mal et a des cauchemars.

Il a quelques maux de tête et quelques étourdissements, peu fréquents et peu intenses. Il digère difficilement ; son malaise et son oppression augmentent après les repas, et il est obligé de se nourrir presque exclusivement de lait et de fruits. Il est devenu triste, sombre, inquiet ; il ne s'intéresse à rien, ne peut rester quelque temps au même endroit ; il est émotif et larmoyant. La mémoire est conservée, l'attention ne peut être fixée très longtemps.

R... présente en outre un dermographisme extrêmement accusé, qui se remarque non seulement sur toute l'étendue de la peau, mais encore sur la muqueuse du palais et des joues.— C'est un mois après l'accident que ce phénomène a apparu : après une journée où R... avait éprouvé de nombreuses contrariétés, il a été pris d'une vaste éruption d'urticaire qui l'a obligé à rentrer à l'hôpital ; c'est alors qu'on a constaté le dermographisme.

La sensibilité cutanée et sensorielle est intacte ; le champ visuel examiné au campimètre, n'est pas rétréci ; mais R... paraît avoir un peu d'indécision pour reconnaître certaines couleurs.

L'état de R... n'avait subi aucune amélioration six mois après l'accident.

OBSERVATION XII

(VIBERT. — *in loc. cit.*, page 134.)

Traumatisme par chute d'un corps pesant. — Irrégularité extrême du pouls. — Vertiges, étourdissements, défaillances. — Troubles psychiques.

B..., 34 ans, est d'une bonne santé habituelle, et bien cons-

titué. Il a contracté la fièvre intermittente en Algérie et a encore un ou deux accès par an.

Le 27 juin, il a reçu sur le dos un sac d'avoine pesant 75 kilogrammes, tombé d'une hauteur de 3 à 4 mètres. Il a été jeté à terre et contusionné à la région lombaire et à la cuisse droite. Ces contusions n'avaient pas laissé de traces ni de troubles fonctionnels lors de mon premier examen (10 avril).

Au moment de l'accident, B... aurait perdu connaissance pendant quelques minutes. Presque aussitôt après, il a commencé à se plaindre d'oppression et de battements de cœur, symptômes qui ont persisté depuis lors et aujourd'hui encore (10 août) constituent le principal des troubles qu'accuse le blessé.

Le poulx, même quand on l'examine alors que B... est dans le repos le plus complet, est extrêmement irrégulier. Jamais on ne trouve plus de trois pulsations consécutives égales entre elles ; à une pulsation forte en succède une autre faible ou avortée ; les unes sont très précipitées, empiètent les unes sur les autres ; les autres sont amples et fortes. Le cœur n'est pas hypertrophié, ne présente pas de bruits de souffle ni de frottements.

La respiration est également irrégulière. Le blessé fait souvent deux ou trois grandes inspirations consécutives. Il n'y a aucune lésion appréciable des poumons. B... n'a pas craché de sang ; il n'y a pas de toux ni d'expectoration.

B... n'a pas repris son travail. Il en est empêché, dit-il, par des malaises qui le prennent parfois spontanément, mais surtout quand il a marché quelque temps ou fait un effort quelconque.

Ces malaises consistent en : de l'oppression des battements de cœur (peu violents), des étourdissements et une sensation de faiblesse, de défaillance, qui plusieurs fois aurait abouti à une perte complète de connaissance.

B... dort mal ; il est réveillé plusieurs fois chaque nuit par des cauchemars. Son appétit est très irrégulier ; il digère mal et ne peut guère se nourrir que de lait. Il a souvent des

maux de tête qui ne durent qu'une heure ou deux, mais le reprennent plusieurs fois dans la journée. Enfin il est devenu très sombre, recherche la solitude et ne peut trouver aucune occupation qui lui convienne.

Il n'y a pas de troubles de la sensibilité cutanée. Le champ visuel n'est pas rétréci d'une manière appréciable au campimètre.

Un mois après (6 septembre) l'état du sieur B... s'était beaucoup amélioré sur tous les points, à l'exception d'un seul : le pouls était tout aussi irrégulier que lors du premier examen.

OBSERVATION XIII

(VIBERT. — *in loc. cit.*, p. 167)

Accident de chemin de fer. — Hystérie antérieure. — Maux de tête, insomnie, emotivité extrême, accès d'angoisse, tremblement. — Irrégularité du pouls.

La dame D..., 33 ans, couturière, a toujours été nerveuse et aurait eu quelques rares attaques de nerfs. Elle se trouvait dans un des trains tamponnés à Saint-Mandé. Elle a été violemment secouée, mais n'a reçu que quelques contusions.

Elle n'a pas perdu connaissance au moment de l'accident. Mais depuis lors (examen 20 jours après), elle a constamment un tremblement ou plutôt une vibration analogue à celle du goître exophtalmique qui, à certains moments, devient beaucoup plus ample aux mains, aux muscles du visage. Elle est dans un état perpétuel d'émotion ; les bruits, la vue du mouvement lui sont insupportables et lui arrachent des larmes. Elle est obligée de se confiner dans sa chambre où elle reste à peu près oisive. Elle ne peut ni coudre, ni lire, ni supporter une conversation un peu prolongée, parce qu'alors elle est prise de maux de tête, puis d'angoisse et d'un malaise extrê-

vement pénible qu'elle ne peut définir. Elle dort très mal. La langue est chargée. *Le pouls est faible et irrégulier.*

Il n'y a pas eu d'attaque convulsive ni de perte de connaissance depuis l'accident. La sensibilité cutanée paraît normale.

OBSERVATION XIV

VIBERT. — *Loc. cit.*, p. 15 (*très résumée*)

Accident de chemin de fer. — Intermittence et irrégularité du pouls.

A la suite d'un accident de chemin de fer, le chauffeur, malgré des contusions légères à l'épaule et au testicule et sans avoir perdu connaissance, a présenté successivement :

De l'intermittence et de l'irrégularité du pouls ; de la perte de l'appétit ; une tristesse profonde ; de l'angoisse et un désespoir morne. Il pleure facilement, et a une céphalalgie qui n'est ni violente ni continue.

Deux mois après l'accident, il y a une certaine amélioration, mais il persiste une oppression assez intense.

OBSERVATION XV

in VIBERT, *loc. cit.* p. 146

Accident de voiture. Diagnostic probablement erroné de fracture de la base du crâne. Ulérieurement, symptômes de névrose traumatique. Vertiges, insomnie, cauchemars, troubles psychiques, irrégularité du pouls.

Le sieur T..., 24 ans, cocher, n'aurait pas d'antécédents nerveux, personnels ou héréditaires.

Il a été projeté du siège de sa voiture sur le sol ; il a immédiatement perdu connaissance et a été transporté à l'hôpital Laënnec. On l'a considéré comme atteint d'une fracture de la

base du crâne ; c'est le diagnostic formulé dans un certificat délivré à l'hôpital et qui était basé sur les signes suivant : coma pendant plusieurs jours, hémiplegie droite avec aphasie motrice, paralysie du nerf moteur oculaire externe gauche.

Il paraît cependant fort douteux qu'il y ait eu réellement fracture de la base du crâne. Le strabisme interne de l'œil est antérieur à l'accident ; quant à l'hémiplegie et à l'aphasie elles se sont dissipées bien rapidement ; il n'en n'existe plus trace actuellement (trois mois après l'accident). Il n'y a pas non plus d'anesthésie cutanée ou sensorielle : le champ visuel n'est pas rétréci, du moins d'une façon très notable.

Le malade se plaint de maux de tête siégeant surtout du côté gauche (il n'y a pas trace de blessures du crâne ou du cuir chevelu). Ces douleurs sont perpétuelles, mais elles s'exaspèrent à certains moments et s'accompagnent alors de vertiges, d'étourdissements ; le malade ressent un malaise extrême ; il pâlit, sa peau se couvre de sueurs, et parfois il perd connaissance. Ces sortes de crise, qui durent de 20 à 30 minutes, surviennent plusieurs fois par semaine ; elles apparaissent tantôt spontanément, tantôt, et le plus souvent, elles sont provoquées par un effort physique et intellectuel. Le sieur T... ne peut en effet se livrer à aucune occupation suivie : la lecture, le jeu, la conversation amènent un commencement de crise qui est provoquée également par le bruit et l'animation de la rue.

Le sommeil est mauvais, interrompu souvent par des cauchemars et des peurs. Outre l'impossibilité de fixer quelque temps l'attention, T... présente quelques autres troubles psychiques ; il est devenu susceptible, irritable, pleurard ; sa mémoire est diminuée, mais seulement sur les faits récents.

Le pouls est irrégulier, les pulsations inégales quant à leur fréquence, sans que le malade en ait d'ailleurs conscience.

Pas de lésions du cœur.

OBSERVATION XVI

In VIBERT, *loc. cit.* p. 133

Accident de voiture. Palpitations. Oppression. Œdème des jambes attribué à tort à une lésion mitrale. Héli-hyperesthésie. Troubles psychiques.

La demoiselle K..., âgée de 22 ans, est bien constituée et déclare avoir toujours joui d'une excellente santé. Elle exerce le métier de repasseuse depuis 10 ans.

Il y a 4 mois, elle a été renversée par un fiacre et a été atteinte ainsi de blessures aux jambes; fracture du péroné de la jambe droite, contusions à la jambe gauche, laquelle présente encore, au niveau de la face interne du tibia, une rougeur livide de la peau.

Quelques mois après l'accident on a remarqué que les deux jambes, surtout la gauche, étaient œdématisées. Elles le sont encore un peu actuellement. La demoiselle K... se plaignait en même temps de palpitations de cœur et d'oppression. Enfin M. le docteur X... a constaté chez elle un bruit de souffle à la pointe du cœur, et il a conclu de toutes ces observations que l'accident aurait occasionné une insuffisance mitrale du cœur.

Il nous est impossible de partager cette opinion, et cela pour les raisons suivantes :

En premier lieu, il paraît impossible qu'un accident comme celui dont a été atteinte la demoiselle K..., détermine une véritable insuffisance mitrale. D'ailleurs, le cœur n'est pas augmenté de volume; il ne présente pas, actuellement, de bruit de souffle, ni à la pointe, ni dans aucune région; le docteur X... l'a constaté avec nous et il nous a dit avoir remarqué déjà que le bruit de souffle qu'il a signalé dans son rapport, n'était pas constant. Le pouls est actuellement régulier, non accéléré, plus faible qu'à l'état normal.

Les symptômes notés chez la blessée, palpitations, oppression, œdème des jambes ont une autre origine ; ils sont dûs, croyons-nous, à des troubles fonctionnels du cœur, de nature nerveuse, sans lésion matérielle des valvules. Ces troubles se manifestent d'une manière intermittente, et il est possible que parfois ils soient assez accentués pour occasionner un bruit de souffle.

Ils ne constituent, du reste, que l'une des manifestations d'un désordre plus général du système nerveux, qu'il n'est pas rare d'observer après les accidents comme celui dont la demoiselle K... a été victime. Cette jeune fille a éprouvé, au moment où elle a été renversée, une vive douleur à la région précordiale ; elle a été prise d'un tremblement généralisé qui a duré trois jours. Depuis lors, elle a très fréquemment des étourdissements, des vertiges qui surviennent notamment après tout effort d'attention. Elle est devenue extrêmement émotionnable ; elle ressent souvent de l'angoisse ; elle a aussi quelques troubles digestifs et vomit parfois ses aliments. Enfin elle présente une hyperesthésie très nette de tout le côté gauche du corps.

OBSERVATION XVII

In BECKER (Les accidents du Travail)

(très résumée)

La Faculté de médecine de Berlin a autorisé la publication de ce rapport médico-légal en date du 5 mai 1894.

Historique de la maladie. — L'ouvrier H... fut atteint le 17 juin 1887, d'une contusion au côté droit de la face. Il continua son travail pendant 2 heures, puis la douleur augmentant il rentra chez lui ; le 18 et le 20, il reprit son travail. Le 21 apparaissent : céphalalgie, vertiges, surdité de l'oreille droite, mouches volantes, insomnie.

Il demande son admission à l'Hôpital de la Charité à Berlin.

Il y séjourne du 13 novembre 1887, au 13 janvier 1888. — Le 23 août 1889, le Dr Golebiewski le déclare guéri; sa rente est supprimée. H... appelle de cette décision; il est débouté le 5 octobre 1889: il interjette appel le 13 novembre 1899.

Le Docteur Oppenheim est chargé d'une nouvelle expertise et constate : (*Très résumé*).

Température normale.

Le sujet se plaint de céphalalgie, vertiges, faiblesse, abattement, insomnie, angoisse, oppression, frayeurs fréquentes, excitabilité exagérée.

Pouls 84 à 92 battements à la minute; pas d'arrêt, pas d'intermittence.

Sommeil

Locomotion

Forces

Examen électrique

Sensibilité

Sens : Vue

Ouïe

Odorat

Goût

Réflexes

Intelligence

Troubles multiples

Et le Dr Oppenheim étudie ensuite la valeur médico-légale des symptômes observés chez H... (rapport de 3 pages d'où nous prenons ce qui a trait aux troubles cardiaques). *L'accélération du pouls et l'excitabilité exagérée du cœur ne peuvent, ou la multiplicité des occasions que l'on a eues de le constater, être attribuées à l'excitation psychique momentanée résultant de l'examen ou de la crainte de voir démasquée une supercherie...*

Et il conclut :

1^o La maladie actuelle de H... est la conséquence de l'accident du 17 juin 1887.

2°) Par suite de cette maladie H... est resté incapable de tout travail depuis le 29 juillet 1889 jusqu'à ce jour.

3°) Il est impossible de fixer la durée même approximative qu'aura encore l'incapacité de travail à partir de ce jour.

CONCLUSIONS

1° Il existe une forme cardiaque de l'hystéro-traumatisme, caractérisée par la production chez les blessés de troubles plus ou moins graves du côté du cœur.

Cette notion est de date récente et n'a jamais fait l'objet d'une étude spéciale.

2° Les accidents se manifestent de diverses façons : Ils peuvent être confondus avec les autres symptômes de l'hystéro-traumatisme et plus ou moins masqués par eux : certaines tachycardies dans lesquelles il existe constamment 100, 110, 120 et 124 pulsations ne sont perçues par le malade qui n'en a pas conscience.

D'autres fois ils prédominent et par leur intensité arrivent soit d'emblée, soit par leur persistance après la disparition des autres symptômes, à constituer à eux seuls toute la maladie.

3° Ces symptômes cardiaques peuvent être décrits sous 3 formes : une forme tachycardique, divisible en tachycardies permanentes et tachycardies paroxystiques, une forme bradycardique une, forme arythmique.

La seconde est la plus intéressante : nous n'en posédons qu'une observation, publiée par M. le P^r Debove qui le premier a émis la conception du pouls lent permanent d'origine hystéro-traumatique.

4° En outre, chez la plupart des malades, on trouve plus ou moins accentuées, des palpitations, de l'angoisse, de l'oppression et de la dyspnée.

Les stigmates de neurasthénie se rencontrent aussi fréquemment.

Mais le point capital est l'association constante des troubles cardiaques avec des accidents hystériques nés en général, en même temps qu'eux, du traumatisme provocateur.

5° Le pronostic de cette affection est grave, car l'hystérie masculine est particulièrement tenace ; longtemps après l'accident, les malades sont encore incapables de vaquer à aucune occupation, et il est douteux que dans nombre de cas ils guérissent jamais complètement.

Ce pronostic est toujours aggravé, chez les ouvriers, par les préoccupations de l'instance judiciaire qui développent une véritable neurasthénie de procédure.

Il sera donc bon, pour les experts, de hâter la solution juridique du procès, et, de ne jamais parler devant les malades de leur affection cardiaque.

6° En présence d'un malade atteint de phénomènes cardiaques hystéro-traumatiques, le médecin qui sera chargé de formuler un certificat devra toujours le faire avec une prudence extrême ; car il lui sera impossible de se prononcer d'une façon formelle sur

le pronostic de la maladie, et de dire si les lésions observées sont passagères ou même si elles sont définitivement curables.

Mieux vaut pour le médecin expert ne rien affirmer et conclure à une indemnité temporaire correspondant à une incapacité partielle permanente de faible degré. Cette solution est en effet pendant trois ans justiciable de la procédure de révision.

BIBLIOGRAPHIE

(Nous n'avons pas eu l'intention de faire ici la bibliographie de l'hystéro-traumatisme en général et nous n'avons cité que les auteurs dont les travaux ont, avec notre thèse, un certain nombre de points communs).

AUCOFT. — De l'hystérie traumatique et de la simulation. Etude médico-légale. *Thèse de Paris* n° 56, 26 novembre 1903.

BECKER. — Guide du médecin expert en matière d'accident du travail. Traduction de la 4^e édition allemande par Gallez et Moreau. Bruxelles 1903.

BERBEZ. — Hystérie et traumatisme. *Thèse Paris*, 1887.

— L'hystéro-traumatisme. *Gazette des Hôpitaux*. 6 août 1887, n° 95.

WON BETCHEREW. — *Neurol. Central Blatt*. 1^{er} mars 1900.

BÉTOULIÈRES. — Psychologie de l'expertise médico-légale. *Thèse Bordeaux*, février 1900.

BOUVERET. — La neurasthénie, 1891, Paris.

BRISAUD. — Les hystéries provoquées. *Gazette des Hôpitaux*. 23 novembre 1889, n° 134.

BROUARDEL (GEORGES). — Les accidents du travail, Paris, 1903. (Baillière).

BRUNS. — *Neurol. Central Blatt*. nos 5 et 6, 1889. (zur casuistik der traumatischen Neurosen).

M^{me} BYCHOFFSKI. — Contribution à l'étude de l'hystéro-traumatisme. *Thèse Paris*, 7 juin 1893.

CATRIN. — Diagnostic de la simulation (*in Manuel de diagnostic* de Debove et Achard).

CHARCOT. — Leçons sur le système nerveux, T. III. *Polyclinique du mardi, la Salpêtrière*, 1888-89.

CIAGLIŃSKI. — *Gaz. Lekarska, Varsovie*, 1898 (p. 1210).

PH. COOMBS KNAPP. — Neurasthénie et hystérie traumatiques (*Brain*, vol. 20, p. 385. — *In archives de neurologie* 1900 vol. 10.

COURTOIS-SUFFIT. — *in MM. Debove, Achard*.

COUSTAN. — De la simulation et de l'évolution des infirmités dans les accidents du travail. *Thèse Montpellier* 1902.

DEBOVE. — Hystéro-traumatisme à manifestations cardiaques. *Clinique de l'Hôpital Beaujon, Archives de médecine* 14 juin 1904.

DEBOVE. — Pouls lent permanent et hystéro-traumatisme, *Clinique de l'hôpital Beaujon. Presse médicale* 1904.

DEHIO. — Ueber nervösen Herzklopfen. *S.-Petersb. med. W.* 1886.

DEROCQUE. — Les accidents du travail. *Revue médicale de Normandie*, 1902, n° 20 p. 423-432.

DETERMANN. — Ueber Herz und gefässneurosen (*Wolkman's samm. Klin. Vortr. N. F. N.* 96-97).

DETHY ET BOSMANS. — Hystéro-épilepsie d'origine traumatique (*Archives méd. belges*) *Bruxelles* 1900, 4^e ps. XV, 388-392.

DIRSKÁ. — *Deutsche méd. Woch.* 1900, n°s 41 et 52.

DUCHESNE. — Les chemins de fer et leur influence sur la santé des mécaniciens et des chauffeurs, *Paris*, 1857.

DUVACHER. — Accidents hystériques à la suite d'un léger traumatisme (*Anjou médical* 1902, IX, p. 72 et 73).

DUBOIS. — Les psychonévroses et leur traitement moral (Leçons faites à l'université de Berne). *Paris, Masson* 1904.

ERICHSEN. — On railway and other injuries of the nervous system. (*London*, 1866).

FABRE. — Hystéro-neurasthénie traumatique devant la loi dans les accidents de chemin de fer. *Thèse Paris*, 1893.

DE FLEURY. — Hystérie sénile. *Thèse Paris*, 1890.

GARNIER, DROUIN ET BOETEAU. — Consultation médico-légale sur un cas d'hystéro-traumatisme (*Arch. med. d'Angers*, 1900. IV., p. 266-275.)

GILLES DE LA TOURETTE ET GASNE, in T. M. Brouardel — Gilbert. — *Art. Hystérie*.

GILLES DE LA TOURETTE. — *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. 1891.

GRASSET. — *Leçons sur l'hystérie*. 1884.

— Un cas d'hystéro-traumatisme. Question médico-légale. *Archives générales de médecine*. Paris, 1903. T. XI.

GROEDEL. — Ueber abnorme Herzthätigkeit infolge von Innervationsstörungen. *Berl. Klin. W.*, 1889.

GUINON. — Les agents provocateurs de l'hystérie. *Thèse Paris*, 1887.

— *Progrès médical*, 1888, n° 44.

— *Revue de chirurgie*, 1888, n° 11.

HERZ. — Maladie du cœur et névroses. *Thèse Paris*, 1891.

HOFFMANN (August). — Die paroxysmale Tachycardie. *Wiesbaden*, 1900.

— Pathologie und Therapie der Herzneurosen und der funktionellen Kreislaufstörungen. *Wiesbaden*, 1901.

JANET (Pierre). — Névroses et idées fixes. — F. Alcan. Paris, 1904.

JANICOT. — *Thèse Paris*, 1891. Les tachycardies essentielles.

JOLLY. — *Archiv. für Psychiatrie*. Bd. XXI. S. 656.

KRICH. — Der nachweis der Simulation und Uebertreibung. *Monatschrift für Unfall Heilkunde und Invaliden Wesen*. Leipzig, 15 juillet 1902.

LABBÉ (Marcel). — Pouls lent permanent. — Crises apoplectiformes, épileptiformes et syncopales, malformations cardiaques. *Soc. med. Hop.*, 1901, p. 924.

LARCENAY. — Les tachycardies. *Thèse Paris*, 1891.

LEHR. — Die nervöse Herzschwäche. *Wiesbaden*, 1894.

LEPINAY. — Les agents provocateurs de l'hystérie chez les animaux (électricité, foudre et plots). *Archives neurologie*, 1901, p. 356.

J. L. — La simulation dans les accidents. (*Médecine moderne*, n° 5, 4 février 1903).

LILIENSTEIN. — Ueber Herzneurosen : *Verhandl. d. 72. Naturforschervers zu Aachen*, 1900.

MARIE. — L'hystéro-traumatisme. *Tribune médicale*, Paris, 1902, 2^e S. XXXV, 128-131.

— *Progrès médical*, 27 juillet 1889.

MARKOFF (Stoyan). — De l'hystéro neurasthénie traumatique et la loi sur les accidents du travail. *Thèse Paris*, 15 juillet 1901.

MEDEA (Eugenio). — La Patogenesi della Malattia di Stokes Adams. (Osservazioni cliniche ed anatomo patologiche). (*Estratto dal bollettino clinico-scientifico della poliambulanza di Milano*.

1901, Fascicolo 12.

1902, Fasc. 1, 3, 5.

MÉNIER. — Quelques procédés propres à dépister les simulateurs en matière d'accidents du travail, *Paris*, 1903.

OPPENHEIM. — Die traumatischen Neur. *Berlin*, 1899.

PAGE. — Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion and nervous shock. *Londres*, 1885.

PEARCE BAILEY. — Pronostic de l'hystéro traumatisme. *Médic. Recod.*, 24 août 1901.

PÉRIER. — XVI^e congrès de chirurgie. *Paris*, octobre 1903.

PICK. — Pathologie und therapie der Neurosen des Herzens. *Prager und Wochenscher*, 1889.

PITRES. — Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme, 1891.

RAYMOND. — Cliniques des maladies du système nerveux, *Paris*, 1900. L'hystéro-traumatisme.

- RÉMY. — Sur les accidents du travail. *Bulletin médical, Paris*, 1902, XVI, p. 741-744.
- ROHMER. — Les accidents du travail. Evaluation des incapacités professionnelles, *Paris-Masson*, 1902.
- ROSENBACH O. — Ueber nervöse Herz schwache. *Breslauer Aerzte Zeitung*, 1886.
- SCHOTT. — Ueber Herzneurosen (*Wiener med. W.* 1892).
Neurasthénie und Herzkrankheiten (*Berl. Klin. W.*, 1890).
- SEELIGMÜLLER. — Ueber Herzschwäche, *Deutsch med. W.*, 1889,
- SOUQUES. — Art. hystérie in *Manuel de Médecine de Debove et Achard*.
- STRAUSS (de Berlin). — Ueber Blut druckmessungen in Dienste der Diagnostik traumatischer neurasthenien und Hysterien (*Neurol. Centralbl.*, 1^{er} février 1901, p. 106.
- THOINOT. — Les accidents du travail et les affections médicales d'origine traumatique, *Paris, Octave Doin*, 1904.
- THOMSEN. — *Archiv. de Westphal. B.d. XV, Heft, 2 et 3.*
- THORNBURN. — On traumatic hysteria especially in relation to railway accidents (*The medical chronicle Manchester*, déc. 1888, janv. 1889).
- THURN. — *Deutsch milit. Zeitsch.*, 1875.
- THYSSEN. — *Thèse, Paris*, 1888.
- VIBERT. — La névrose traumatique. Etude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer et les traumatismes analogues. *Paris. Baillière*, 1893.

Vu :
Le Professeur :
DEBOVE.

Vu :
Le Doyen :
DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :
L. LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	9
Historique.....	11
Etiologie.....	17
Pathogénie.....	22
Symptômes.....	32
I. Forme tachycardique.....	34
<i>Tachycardie permanente</i>	34
<i>Tachycardie paroxystique</i>	36
II. Forme bradycardique.....	40
III. Forme arythmique.....	47
IV. Symptômes communs à toutes les formes de l'hystéro-traumatisme cardiaque.....	49
1 ^o Palpitations. Angoisse. Oppression. Dyspnée..	49
2 ^o Symptômes neurasthéniques.....	52
3 ^o Symptômes hystériques.....	58
Diagnostic.....	68
Pronostic.....	71
Etude médico-légale.....	75
Traitement.....	86
Observations.....	92
Conclusions.....	129
Index bibliographique.....	132

